

Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin

der Freien Universität Berlin

Direktor: Professor Dr. med. Walter Krauland

DER ÄRZTLICHE NOTFALLDIENST

Eine Untersuchung am Beispiel der Organisation
in West-Berlin unter besonderer Berücksichtigung
der unerwarteten Todesfälle nach Behandlung
durch einen Bereitschaftsarzt

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

an den

Medizinischen Fachbereichen der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Ralf-Eike Tiller

aus Berlin

1972



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin
der Freien Universität Berlin
Direktor: Professor Dr.med. Walter Krauland

DER ÄRZTLICHE NOTFALLDIENST

Eine Untersuchung am Beispiel der Organisation in
West-Berlin unter besonderer Berücksichtigung der
unerwarteten Todesfälle nach Behandlung durch einen
Bereitschaftsarzt.

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Ralf-Eike Tiller
aus Berlin

Referent: Professor Dr.med. Friedrich Bschor

Korreferent: Professor Dr. med. Walter Krauland



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 22. Februar 1972

INHALTSÜBERSICHT
=====

	<u>Seite</u>
I. Einleitung	4
II. Grundlagen für die Regelung des Ärztlichen Notfalldienstes	5
III. Eigene Untersuchungen	
1. Auswertungsgesichtspunkte	15
2. Die Organisation des Ärztlichen Notfalldienstes in West-Berlin	17
3. Ungeklärte Todesfälle nach Konsultation des Bereitschaftsarztes	36
IV. Kasuistik	41
V. Diskussion	69
VI. Zusammenfassung	103
VII. Anhang	106
VIII. Literaturverzeichnis	112

I. EINLEITUNG

Das frühere relativ enge Arzt-Patienten-Verhältnis mit dem Begriff des Hausarztes existiert heute nur noch in sehr seltenen Fällen. In der großen Anonymität einer Großstadt fehlt es fast vollständig. Zudem ist durch die Angleichung der Arbeitszeit der niedergelassenen Ärzte an die allgemeine Arbeitszeit und besonders durch die freien Wochenenden und Feiertage der sprechstundenfreie Zeitraum und damit die Zeit, in der der Arzt praktisch nicht zu erreichen ist, sehr groß geworden. Es ist jedoch unbedingt erforderlich, daß im medizinischen Notfall jederzeit und kurzfristig ein Arzt hinzugezogen werden kann. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, einen Ärztlichen Notfall- oder Bereitschaftsdienst einzurichten. Für einen verhältnismäßig großen Bezirk mit einem heterogenen Patientengut steht dabei während der sprechstundenfreien Zeit nur ein Bereitschaftsarzt zur Verfügung. Dabei ergeben sich einige spezielle organisatorische und ärztliche Probleme. In besonders gelagerten Fällen kann es auch einmal dazu kommen, daß ein vom Bereitschaftsarzt behandelter Patient kurze Zeit darauf stirbt. Einige dieser Fälle geben Anlaß zu amtlichen Untersuchungen und führen dabei in der Regel auch zur gerichtlichen Obduktion.

II. GRUNDLAGEN FÜR DIE REGELUNG DES ÄRZTLICHEN NOTFALLDIENSTES

In den allgemein sprechstundenfreien Zeiten der niedergelassenen Ärzte, also an den Sonntagen und Sonn- und Feiertagen, ist es heute nicht einfach, einen Arzt zu erreichen. Besonders schwierig ist es in den Großstädten. Ein Teil der Ärzte wohnt fern seiner Praxen oder ist aus anderen privaten oder beruflichen Gründen nicht zu erreichen. Häufig haben auch die akut Erkrankten keinen Hausarzt und wissen nicht, an wen sie sich wenden können. Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung während der sprechstundenfreien Zeiten ist heute die Einrichtung eines Ärztlichen Bereitschafts- oder Notfalldienstes der niedergelassenen Ärzte erforderlich. Der niedergelassene Arzt wird dazu turnusmäßig als Bereitschaftsarzt eingeteilt.

Da nur eine beschränkte Zahl von Ärzten im Notfalldienst zur Verfügung steht, ist die Inanspruchnahme des Bereitschaftsarztes auf den Notfall beschränkt. Unter Notfall ist in diesem Zusammenhang eine unverzüglich vorzunehmende ärztliche Behandlung ¹⁾ zur Abwendung einer Gefahr für Leib und Leben des Kranken zu verstehen.

¹⁾ R. KUHN: Das gesamte Recht der Heilberufe, I, S. 436

Die Tätigkeit im Ärztlichen Notfalldienst beschränkt sich im wesentlichen auf die erste ärztliche Hilfeleistung ¹⁾. Erst durch die Einrichtung eines Ärztlichen Notfalldienstes während der allgemein sprechstundenfreien Zeit ist eine gleichmäßige und zweckmäßige ärztliche Versorgung der Bevölkerung gewährleistet. Der Ärztliche Notfalldienst, Bereitschaftsdienst, Notfallvertretungs- oder Sonntagsdienst - alle Begriffe werden synonym gebraucht ²⁾ - ist Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit insgesamt ³⁾.

In den Berufsordnungen für Ärzte der meisten Länder der Bundesrepublik Deutschland findet sich ein dem § 19 des Vorschlags für eine Berufsordnung für Deutsche Ärzte, wie sie vom 59. Deutschen Ärztetag beschlossen wurde ⁴⁾, entsprechender Paragraph. Danach ist der niedergelassene Arzt verpflichtet, am Notfallvertretungsdienst teilzunehmen. Eine Verweigerung der Teilnahme am Ärztlichen Notfalldienst aufgrund einer Nichtrechtswirksamkeit dieses Paragraphen wurde in verschiedenen Urteilen nicht anerkannt ⁵⁾.

1) BVerwG, Urteil vom 18.7.1967, S. 8, Akt.Z. IC 9.66

2) OVG Münster, Urteil v. 17.12.1964 in Dtsch. Ärztebl. 35 (1965) S. 1856

3) Sozialgericht Berlin, Urteil v. 8.4.1959
Akt. Z.: S 71 Ka 4/63 S. 3

4) R. KUHN: Das gesamte Recht der Heilberufe II
S. 153

5) OVG Münster, Urteil v. 17.12.1964,
Akt.Z.: VIII A 1263/62 und BVerwG, Urteil v.
16.5.1963 Akt.Z.: IC 160.55

Die Berufsordnungen sind Regelungen der Berufsausübung im Sinne des Art. 12 Abs. 1, S. 2 GG ¹⁾.

Auch der Facharzt ist zur Teilnahme am allgemeinen Ärztlichen Notfalldienst verpflichtet, gemäß dem dem § 19 der Musterberufsordnung entsprechenden Paragraphen der für sie zuständigen Berufsordnung. Zwar ist der Facharzt gemäß der Berufsordnung verpflichtet, sich mit seiner Tätigkeit auf sein Fachgebiet zu beschränken und darf keine allgemein-ärztliche Tätigkeit ausüben ²⁾. Für den Bereitschaftsdienst sind Ausnahmeregelungen ausdrücklich zulässig ³⁾. Eine Einschränkung der Teilnahme von Fachärzten am allgemeinen Ärztlichen Notfalldienst dadurch, daß diese aufgrund der Verpflichtung zur Beschränkung auf ihr Fachgebiet den im Notfalldienst auftretenden Krankheitsfällen nicht hinreichend gerecht werden können, wurde in mehreren Gerichtsentscheidungen abgelehnt ⁴⁾⁵⁾. In der Begründung heißt es, es könne nicht anerkannt werden, daß mit der ärztlichen Weiterbildung des Facharztes die elementaren ärztlichen Fähigkeiten und das ärztliche Grundwissen beeinträchtigt werden ⁴⁾.

1) Weissauer/Pöllinger: Ist eine Regelung der ärztlichen Berufspflichten durch Berufsordnungen der Ärztekammer mit Art. 12, Abs. 1 GG vereinbar?

2) § 32 Abs. 2 der Musterberufsordnung in KUHNS: Das gesamte Recht der Heilberufe II S. 153 ff

3) § 32 Abs. 2 S. 2 der Musterberufsordnung

4) VerwG Koblenz, Urteil v. 10.1.1964
BVerwG I B 1765 im DVBl 1966

Sozialgericht Hamburg im Dtsch. Ärztebl. 7
(1964) S. 404

Grundsätzlich solle jeder approbierte Arzt, ohne Rücksicht auf seine Fachrichtung, über die Fähigkeiten verfügen, die zur ärztlichen Betreuung von Notfällen erforderlich sind ¹⁾).

SCHMELCHER lehnt dagegen die Teilnahme von Fachärzten am allgemeinen Ärztlichen Notfalldienst ganz ab. Nach seiner Meinung hat der Facharzt nur eine Bereitschaftspflicht innerhalb seines Fachgebietes ²⁾).

So gibt es in Südbaden (Kinder, Frauen, interne Medizin), in Nordbaden (Augen, Chirurgie, interne Medizin, HNO, Urologie, Frauen, Kinder, Lungenkrankheiten), in Hessen (operative Fächer, Kinder), in Nordrhein (Augen, HNO, Frauen, Kinder, Röntgen), in Bremen (Augen, Frauen) und in Hamburg (Augen) einen fachärztlichen Notfalldienst für bestimmte Fachgebiete ³⁾).

Eine Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts schränkt die Teilnahmeverpflichtung des Facharztes am allgemeinen Ärztlichen Notfalldienst dahingehend ein, daß ein Facharzt, der seit Jahrzehnten keine allgemeinmedizinische Praxis mehr ausübt, nicht gegen seine Gewissensentscheidung zum Ärztlichen Notfalldienst herangezogen werden kann ⁴⁾).

¹⁾ Sozialgericht Hamburg im Dtsch. Ärztebl. 7 (1964) S. 404

²⁾ SCHMELCHER in Dtsch. Med. Wschr. 90 (1965) S. 95

³⁾ Berl. Ärztebl. 9 (1967) S. 422

⁴⁾ BVerwG, Urteil v. 13.7.1967, Akt.Z.: IC 9.66

Eine Befreiung von der Teilnahme am Ärztlichen Notfalldienst ist durch die Ärztekammer gemäß § 19 der Musterberufsordnung möglich. Dabei handelt es sich um eine Mußvorschrift. Beim Vorliegen gewichtiger Gründe ist der niedergelassene Arzt von seiner Verpflichtung zur Teilnahme am Ärztlichen Notfalldienst zu entbinden ¹⁾. Niedergelassene Fachärzte, die Belegärzte sind und im Krankenhaus am Bereitschaftsdienst teilnehmen müssen, sind vom allgemeinen Ärztlichen Notfalldienst befreit. Die Ausnahmen und Befreiungsmöglichkeiten sind bei einem solchen Gemeinschaftsdienst auf kollektiver Basis im Interesse der Gemeinschaft der verpflichteten Ärzte in engen Grenzen zu halten.

Während der Zeit des Ärztlichen Notfalldienstes ist in der Großstadt der vom Kranken gewünschte Arzt meist nicht zu erreichen. Im Bedarfsfall hat man sich deshalb an den zuständigen Bereitschaftsarzt zu wenden. Eine freie Arztwahl ist für den Notfall während der sprechstundenfreien Zeit also meist nicht gegeben. Der Bereitschaftsarzt übernimmt anstelle eines frei gewählten behandelnden Arztes dessen Aufgaben, er handelt als Vertreter des behandelnden Arztes.

1) OVG Münster, Urteil v. 14.5.1964,
Akt.Z. VIII 188/63

Die Notwendigkeit und die organisatorischen Probleme eines Ärztlichen Bereitschaftsdienstes wachsen mit der Wohnortgröße. Während auf dem Lande und auch noch in der Kleinstadt eine kollegiale Absprache genügt, bedarf es in den größeren und besonders in den Großstädten einer zentralen Organisation ¹⁾. Die Regelung des allgemeinen Ärztlichen Notfalldienstes erfolgt durch gegenseitige Absprache oder von den ärztlichen Standesorganisationen aus ²⁾. Die Ärztliche Notfallvertretung regelt die Ärztekammer ³⁾.

Nach § 19 der Musterberufsordnung für deutsche Ärzte ⁴⁾ ist jeder niedergelassene Arzt zur Teilnahme am jeweiligen Ärztlichen Notfalldienst verpflichtet, sofern nicht wichtige Gründe seiner Beteiligung entgegenstehen. Ein entsprechender Paragraph findet sich in allen Berufsordnungen der Bundesländer mit Ausnahme von Berlin und Baden-Württemberg wieder. Diese Berufsordnung ist für die Kammerangehörigen verpflichtend.

1) Dtsch. Ärztebl. 18 (1967) S. 968

2) Dtsch. Med. Wschr. 40 (1964) S. 1823

3) R. KUHN: Das gesamte Recht der Heilberufe I, S. 227

4) Berufsordnung für Deutsche Ärzte in KUHN II, S. 153 ff

Für die Einhaltung der Berufsordnung sorgt die Ärztekammer ¹⁾. Aufgrund dieser Legitimation haben die Ärztekammern in den meisten großen Städten die Einrichtung des Ärztlichen Notfalldienstes übernommen. In den Ländern, wor der Notfallvertretungsdienst nicht speziell in der Berufsordnung aufgeführt und geregelt wird, bestehen keine rechtlichen Grundlagen für eine allgemeine Verpflichtung der niedergelassenen Ärzte zur Teilnahme am Ärztlichen Notfalldienst ²⁾.

Allerdings gehört es auch zu den Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung, die Sicherstellung der Ärztlichen Versorgung der Kassenpatienten in den sprechstundenfreien Zeiten zu gewährleisten. Der Versicherte hat Anspruch auf eine gleichmäßige, ausreichende und zweckmäßige Versorgung ³⁾. In dem gemäß § 368 g Abs. 2 RVO zwischen den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Bundesmantelvertrag heißt es in § 6 Abs. 4: "Die Kassenärztliche Vereinigung stellt für die Tage, an denen die Sprechstunden allgemein ausfallen, eine ausreichende Versorgung für dringende Fälle sicher."

1) § 38 der Musterberufsordnung am o.a.O.

2) Dtsch. Med. Wschr. 9 (1967) S. 406

3) § 182 RVO, § 368 e RVO, § 368 g Abs. 1 RVO

Zu diesen die ärztliche Versorgung sicherstellenden Aufgaben gehört heute die Einrichtung eines Notfalldienstes. Hierdurch wird einmal gewährleistet, daß der Bevölkerung mindestens ein Arzt mit Sicherheit zu jeder Zeit zur Verfügung steht, auf der anderen Seite wird der Ärzteschaft die Möglichkeit zu einer für die Entfaltung ihrer Leistungskraft notwendigen Entspannung und Erholung gegeben 1) 2).

Beide Organisationen sind also kraft Gesetzes verpflichtet, eine Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung in den sprechstundenfreien Zeiten zu gewährleisten. Die Zuständigkeit der Ärztekammern und auch der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Einrichtung und Organisation eines Ärztlichen Notfalldienstes wird heute nicht mehr bestritten. Auch Nichtkassenärzte sind zur Mitwirkung an einem von beiden Organisationen gemeinsam eingerichteten Bereitschaftsdienst verpflichtet 3).

In Bayern, Nordbaden, Nordwürttemberg, Hessen, Hamburg und in Berlin wird der Ärztliche Notfalldienst durch die Kassenärztliche Vereinigung ausgerichtet. In Bremen ist die Ärztekammer der Träger des Bereitschaftsdienstes.

1) OVerwG. Münster, Urteil vom 17.12.1964, Akt.Z.: VIII A 1263/62 in Dtsch.Ärztebl. 35 (1965) S. 1855

2) BVerwG. Urteil vom 19.1.1966, Akt.Z.: I B 17/1965 in Dtsch. Ärztebl. 35 (1966) S. 2157

3) OVerwG Münster, Urteil vom 17.12.1964, Akt.Z.: VIII A 1263/62 in Dtsch.Ärztebl. 35 (1965) S. 1855
BVerwG, Urteil vom 19.1.1966, Akt.Z.: I B 17/1965 in Dtsch. Ärztebl. 37 (1966) S. 2157

Er wird in Niedersachsen, Südwürttemberg-Hohenzollern, Südbaden, Rheinland-Pfalz und in Nordrhein von der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung gemeinsam geregelt ¹⁾.

Die Möglichkeiten der Organisation dieses Ärztlichen Notfalldienstes sind sehr unterschiedlich: In Frankfurt engagieren die frei-praktizierenden Ärzte eine entsprechende Anzahl von Krankenhaus-Assistenzärzten, die für einen Fixbetrag den Nacht- und Wochenenddienst versehen; in München ist für die sprechstundenfreie Zeit ein Bereitschaftsarzt für jeden polizeilichen Revierbezirk eingeteilt; in Nürnberg gibt es einen zentralen Telefondienst im Ärztehaus mit zwei Ärzten: der eine schaltet im Fall einer Anforderung den im jeweiligen Stadtbezirk tätigen Bereitschaftsarzt ein, der andere kann in dem im Ärztehaus befindlichen Behandlungsraum Patienten, die zum Ärztehaus kommen, behandeln. In Würzburg arbeiten die Bereitschaftsärzte mit dem Roten Kreuz zusammen, das über seine Funkzentrale und mit Funkwagen die Ärzte zu den entsprechenden Bezirken bringt. In Augsburg hat in den Bereitschaftszeiten wechselweise ein Facharzt die Aufgabe einer Telefonzentrale in seiner Praxis; er nimmt Anforde-

¹⁾ Berl. Ärztebl. 9 (1967) S. 420 - 422

rungen entgegen, kann einen geringen Teil möglicherweise durch telefonischen Rat erledigen und leitet die übrigen nach seiner Entscheidung an die zur Notfallbereitschaft eingeteilten Ärzte weiter ¹⁾.

¹⁾ Dtsch. Ärztebl. 18 (1967) S. 968

III. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

1. Auswertungsgesichtspunkte

Um einen Einblick in die Probleme des Ärztlichen Notfalldienstes in West-Berlin zu bekommen, wurden die geeigneten Auskünfte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin eingeholt und deren den Notfalldienst betreffenden Unterlagen eingesehen. Die anhand der Abrechnungszettel und Dienstpläne gewonnenen Daten wurden zur Bevölkerungs- und Arztdichte in Beziehung gesetzt. Aus den auf den Abrechnungszetteln angegebenen Diagnosen erfolgte eine Zusammenstellung der häufigsten Erkrankungen, welche Anlaß zur Inanspruchnahme des Bereitschaftsarztes gaben.

Im Herbst 1964 und im Frühjahr 1967 wurde dem Verfasser die Gelegenheit geboten, an Einsatzfahrten eines Bereitschaftsarztes teilzunehmen und dem Dienst in der Telefonzentrale beizuwohnen. Hierbei wurden viele konkrete Eindrücke gewonnen, die es erleichterten, das sonstige Informationsmaterial auszuwerten.

Außer diesen auf organisatorische Gesichtspunkte abgestellten Untersuchungen wurden für den Zeitraum von 1957 bis 1965 alle jene Vorkommnisse ausgewertet, die zwar seltene, jedoch besonders bedeutsame Komplikationen im Ärztlichen Notfalldienst darstellen.

Die Todesfälle nämlich, die nach der Inanspruchnahme eines Bereitschaftsarztes aufgetreten waren und im Rahmen einer gerichtlichen Obduktion zur Kenntnis des Instituts für gerichtliche und soziale Medizin der Freien Universität Berlin gelangt sind. Unter den 4180 Sektionsprotokollen des Instituts aus diesem Zeitraum fanden sich 25 derartige Fälle. Bei jedem dieser Fälle war die Leiche gerichtlich obduziert worden, so daß die entsprechenden Hinweise über den Hergang und über die festgestellten Organschäden berücksichtigt werden konnten. Außerdem wurden die betreffenden Ermittlungsakten der zuständigen Dienststelle, des Herrn Generalstaatsanwalts beim Landgericht Berlin, eingesehen.

2. Die Organisation des Ärztlichen Notfalldienstes in West-Berlin

Am Beispiel West-Berlins sollen organisatorische Fragen des Ärztlichen Notfalldienstes näher aufgezeigt werden.

Schon bald nach Beendigung des 2. Weltkrieges erfolgte im heutigen West-Berlin die Einrichtung eines Ärztlichen Notfalldienstes. Von den Sektorenverbänden der 3 Westsektoren wurde ein Amtsarzt mit der Organisation beauftragt. Von 1950 bis 1954 hatte die Vereinigung der Sozialversicherungsärzte von Berlin (VSB) den Ärztlichen Bereitschaftsdienst übernommen. Sie schuf im Jahre 1950 die erste Bereitschaftsdienstordnung. Seit 1954 wird die Organisation des Ärztlichen Notfalldienstes von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, der Nachfolgerin der VSB, fortgeführt ¹⁾.

In West-Berlin mußte die Kassenärztliche Vereinigung die Organisation des Ärztlichen Notfalldienstes, wie es hier seit Juli 1966 heißt, zwangsläufig übernehmen, da es erst seit dem 1. Januar 1962, mit dem Inkrafttreten des Gesetzes über die Kammern und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker vom 18.12.1961, eine Ärztekammer in Berlin gibt.

1) Mündliche Auskunft des Geschäftsführers der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Assessor Krapf, 1965

Auch wäre die Rechtslage der Ärztekammer zur Heranziehung der niedergelassenen Ärzte zum Ärztlichen Bereitschaftsdienst sehr schwierig, da in der Berufsordnung für die Ärzte der Ärztekammer Berlin vom 23. März 1967 ¹⁾ ein dem § 19 der Musterberufsordnung ²⁾ entsprechender Passus nicht enthalten ist. So sind in Berlin nur die niedergelassenen Kassenärzte zur Teilnahme am Ärztlichen Notfalldienst verpflichtet.

In jedem der 12 West-Berliner Verwaltungsbezirke steht in den sprechstundenfreien Zeiten, das heißt, in der Zeit von 20 Uhr abends bis 8 Uhr morgens, mittwochs schon ab 13 Uhr und an Sonnabenden und sonn- und feiertags 24 Stunden hindurch, ein Bereitschaftsarzt zur Verfügung.

Durch den Einsatz von Funktaxen ist dieser Arzt nicht nur in seiner im zuständigen Bezirk gelegenen Praxis, sondern jederzeit, auch während er bei einem Kranken ist, über den Fahrer des Funktaxis von der Notfalldienstzentrale aus zu erreichen. Die Besuchsanforderung gelangt über eine für alle Bezirke gemeinsame Nummer telefonisch in die Zentrale. Hier wird neben der genauen Adresse und dem Alter des Patienten auch schon nach den Beschwerden und evtl. vorhandenen Symptomen gefragt.

1) Veröffentlicht im Amtsblatt für Berlin am 28. April 1967 Nr. 21, 17. Jahrgang, S. 631

2) Berufsordnung für Deutsche Ärzte in KUHNS: Das gesamte Recht der Heilberufe II, S. 153

Dem Anrufer wird dann mitgeteilt, daß ein Arzt kommt und auch, wann er ungefähr bei dem Kranken eintreffen wird. Handelt es sich um einen sehr dringenden Fall, so wird dies dem zuständigen Bereitschaftsarzt mitgeteilt, der sich dann unverzüglich zu dem Patienten begibt und andere evtl. noch vorliegende Besuchsanforderungen zurückstellt.

Eine Übersicht über die Zahl der Krankenbesuche durch Bereitschaftsärzte im Ärztlichen Notfalldienst für die zweite Hälfte des Jahres 1966 ergibt eine etwa gleichbleibende Zahl von ca. 7000 Besuchen im Monat für den Raum West-Berlin.

TABELLE 1

Zahl der pro Monat und Stadtbezirk in West-Berlin ausgeführten Besuche im Ärztlichen Notfalldienst während der Zeit vom 1. Juli bis zum 31. Dezember 1966

B e z i r k	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
Charlottenburg	696	596	562	637	575	614
Kreuzberg	613	540	544	589	578	662
Neukölln (Stadt) ^{x)}	675	605	667	677	643	702
Britz, Buckow, Rudow ^{x)}	423	313	378	362	372	392
Reinickendorf	765	748	720	752	647	738
Schöneberg	664	593	567	562	623	649
Spandau	708	753	687	756	685	763
Steglitz	536	544	547	535	517	545
Tempelhof	544	520	534	539	520	522
Tiergarten	374	297	329	360	303	342
Wedding	644	569	536	579	547	613
Wilmerdorf	534	487	487	469	480	513
Zehlendorf	214	170	244	233	233	237
	7389	6735	6802	7050	6923	7292

x) Der Bezirk Neukölln ist wegen seiner räumlichen Größe und seiner großen Einwohnerzahl geteilt in Neukölln-Stadt und die Ortsteile Britz, Buckow und Rudow. In diesem Bezirk stehen also zwei Bereitschaftsärzte zur Verfügung.

Bei der Aufschlüsselung der Besuche nach Bezirken ergibt sich eine recht ungleichmäßige Verteilung. Das liegt einmal an der unterschiedlichen Bevölkerungsdichte dieser Bezirke, doch ist auch die Inanspruchnahme des Ärztlichen Notfalldienstes unabhängig von der Bevölkerungszahl in einigen Bezirken signifikant unterschiedlich.

TABELLE 2

Durchschnittliche monatliche Zahl von
Krankenbesuchen pro 1000 Einwohner durch
den Bereitschaftsarzt für die einzelnen
West-Berliner Stadtbezirke im 2. Halbjahr 1966

B e z i r k	Einwoh- ner am 31.7.65 ¹⁾	Zahl d. Besuche in 6 Monat./monatl.		Besuche pro 1000 Einw./Mon.
Charlottenburg	224929	3653	609	2,5
Kreuzberg	180521	3526	588	3,6
Neukölln ^{x)}	276088	6208	1035	3,7
Reinickendorf	218876	4370	728	3,3
Schöneberg	189560	3658	610	3,2
Spandau	187057	4352	722	3,9
Steglitz	191319	3224	537	2,8
Tempelhof	153389	3179	530	3,5
Tiergarten	109101	2011	335	3,1
Wedding	205403	3483	580	2,8
Wilmerdorf	167191	2970	495	3,0
Zehlendorf	98245	1337	228	2,3

^{x)} Der Bezirk Neukölln enthält hier die Orts-
teile Britz, Buckow, Rudow und Neukölln-Stadt.

Die Tabelle 2 zeigt, daß der Bezirk Spandau mit 3,9
Besuchen durch den Bereitschaftsarzt im Monat pro 1000
Einwohner die relativ höchste Zahl von Beanspruchungen
des Bereitschaftsarztes hat, während sie im Bezirk Zeh-
lendorf mit 2,3 Besuchen im Monat pro 1000 Einwohner am
niedrigsten ist. Bei dem Bezirk Zehlendorf handelt es

¹⁾ Statistisches Landesamt Berlin: Die fortge-
schriebene Bevölkerung in Berlin (West) am 31.7.1965

sich um einen Villenvorort, wo sich vermehrt Menschen einer sozial über dem Durchschnitt stehenden Gesellschaftsschicht angesiedelt haben. Hier ist das Arzt-Patienten-Verhältnis enger. Der handelnde Arzt ist auch außerhalb der Sprechstunden noch eher zu erreichen. Vielleicht werden auch für die Inanspruchnahme des Ärztlichen Notfalldienstes strengere Maßstäbe angelegt.

TABELLE 3

Zahl der praktizierenden Ärzte
pro Bezirk und pro 1000 Einwohner

B e z i r k	Ein- ¹⁾ wohner	prakti- ²⁾ zierende Ärzte	Ärzte pro 1000 Einw.
Charlottenburg	224929	283	1,21
Kreuzberg	180521	186	1,03
Neukölln	276088	256	0,93
Reinickendorf	218876	180	0,82
Schöneberg	189560	195	1,03
Spandau	187057	157	0,84
Steglitz	191319	251	1,31
Tempelhof	153389	142	0,91
Tiergarten	109101	113	1,04
Wedding	205403	211	1,03
Wilmerdorf	167191	263	1,58
Zehlendorf	98245	147	1,50

Die Arztdichte ist im Bezirk Zehlendorf mit 1,5 praktizierenden Ärzten pro 1000 Einwohner am größten in Berlin. Außerdem wohnen in diesem Bezirk eine Reihe von Ärzten, die ihre Praxis in der Innenstadt haben, die aber im Notfall sicher von ihren Nachbarn zur Hilfe herbeigeholt werden.

Ob diese Verteilung allein mit der unterschiedlichen Sozialstruktur der Bevölkerung zu erklären ist, erscheint doch fraglich. Vielleicht mag es die ausge-

- 1) Stat. Landesamt Berlin: Die fortgeschriebene Bevölkerung in Berlin (West) am 31.7.1965
- 2) Berliner Statistik, ausgegeben am 30.9.1965:
Die Heil- und Heilhilfspersonen in Berlin (West)
am 31.12.1964

sprochen geringe Beanspruchung des Bereitschafts-
arztes im Bezirk Zehlendorf erklären. Dagegen
spricht die sehr geringe Zahl von Hinzuziehungen
des Bereitschaftsarztes im Bezirk Wedding, wo ver-
mehrt Menschen der sozial niedrigeren Gesellschafts-
schichten wohnen und die Arztdichte mit 1,03 pro
1000 Einwohner noch unter dem Durchschnitt von 1,08
pro 1000 Einwohner liegt.

Eine Erklärung für die höhere Zahl von Anforderun-
gen des Bereitschaftsarztes in bestimmten Bezirken
ließe sich vielleicht mit der in diesen Bezirken ge-
ringeren Zahl von niedergelegenen Ärzten erklären.
Wegen der geringeren Arztdichte wird es sich nicht
immer vermeiden lassen, daß Kranke vor dem übervol-
len Wartezimmer zurückschrecken und den notwendigen
Arztbesuch unterlassen, der dann von dem Bereit-
schaftsarzt erledigt werden muß. So steht in Tabel-
le 3 tatsächlich der Bezirk Spandau mit einer Ver-
hältniszahl von 0,82 Ärzten auf 1000 Einwohner an
vorletzter Stelle, der auch die relativ meisten In-
anspruchnahmen des Ärztlichen Notfalldienstes hatte
(Tab. 2).

Allerdings findet sich im Bezirk Reinickendorf mit
der geringsten Arztdichte nur eine normale Bean-
spruchung des Ärztlichen Notfalldienstes.

Eine letztliche Erklärung für die unterschiedliche Inanspruchnahme des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes läßt sich in diesem Rahmen nicht finden.

Aufgrund der geringen Besuchsanforderungen aus dem Bezirk Zehlendorf wurde vom Juli 1966 bis zum Januar 1967 kein Bereitschaftsarzt für diesen Bezirk eingeteilt. Der Ärztliche Notfalldienst wurde von den Bereitschaftsärzten der benachbarten Bezirke Steglitz und Wilmersdorf versehen. Seit Januar 1967 ist wieder ein besonderer Bereitschaftsarzt für diesen Bezirk zuständig. Allerdings ist sein Dienst auf werktags von 20 Uhr bis 24 Uhr und an Sonnabenden, Sonn- und Feiertagen auf die Zeit von 13 Uhr bis 24 Uhr beschränkt. Zu den anderen sprechstundenfreien Zeiten wird der Bereitschaftsdienst von den Nachbarbezirken mitversehen.

Mit monatlich 200 Besuchen weniger als der Durchschnitt konnte im Bezirk Tiergarten ebenfalls für die zweite Nachthälfte auf einen Bereitschaftsarzt verzichtet werden. Zwar fallen hier mehr Besuche an als im Bezirk Zehlendorf, aber durch seine zentrale Lage können die Bereitschaftsärzte von den umliegenden Bezirken schnelle Hilfe leisten.

TABELLE 4

Zahl der nächtlichen Krankenbesuche
durch den Bereitschaftsarzt von 20
bis 24 Uhr und nach 24 Uhr in der
Zeit vom 20.11. bis 12.12.1966

Datum	Zahl der Besuche		insgesamt
	v. 20-24 Uhr	v. 24-8 Uhr	
20./21.11. ^{x)}	99 = 66,4 %	50	149
21./22.11.	72 = 62,1 %	44	116
22./23.11.	84 = 67,7 %	42	126
23./24.11.	85 = 69,8 %	37	122
24./25.11.	57 = 56,2 %	46	103
25./26.11.	68 = 63,6 %	39	107
26./27.11. ^{x)}	94 = 61,4 %	59	153
27./28.11. ^{x)}	108 = 63,4 %	64	172
28./29.11.	78 = 61,4 %	49	127
29./30.11.	64 = 60,9 %	41	105
30./ 1.12.	78 = 63,4 %	45	123
1./ 2.12.	65 = 63,7 %	37	102
2./ 3.12.	74 = 63,8 %	42	116
3./ 4.12. ^{x)}	103 = 61,3 %	65	168
4./5.12. ^{x)}	126 = 69,2 %	56	182
5./ 6.12.	66 = 62,8 %	39	105
6./ 7.12.	71 = 59,7 %	48	119
7./ 8.12.	74 = 56,9 %	56	130
8./ 9.12.	53 = 51,0 %	51	104
9./10.12.	75 = 61,5 %	47	122
10./11.12. ^{x)}	72 = 54,1 %	61	133
11./12.12. ^{x)}	52 = 54,7 %	43	95

^{x)} Es handelt sich bei diesen Tagen um
Samstage und Sonntage, an denen allge-
mein der Ärztliche Notfalldienst ver-
mehrt in Anspruch genommen wird.

Bei einer zeitlichen Aufschlüsselung der Besuchs-
anforderungen von Bereitschaftsärzten fällt auf,
daß ber 60 % der Besuche vor 24 Uhr liegen.

So ist auch nach 24 Uhr trotz Einsparung der Be-
reitschaftsärzte in den Bezirken Tiergarten und
Zehlendorf durch die Bereitschaftsärzte der be-
nachbarten Bezirke eine Sicherstellung der ärzt-
lichen Versorgung für den Notfall gewährleistet.

Die hier aufgeführten Zahlen entsprechen nicht den
tatsächlich außerhalb der üblichen Praxiszeiten
notwendig gewordenen ärztlichen Behandlungen. Ein
großer Teil der Kranken wird auch während der
sprechstundenfreien Zeiten von ihren behandelnden
Ärzten weiterbetreut. Würde nicht ein großer Teil
der Patienten auch außerhalb der Sprechstunden von
ihren Ärzten weiterbetreut werden, so wäre es kaum
möglich, daß 12 Bereitschaftsärzte für eine 2,2 Mil-
lionenstadt ausreichen ¹⁾.

Mit der letzten großen Neuordnung des Bereitschafts-
dienstes am 1.7.1966 wurde nicht nur der Name "Ärzt-
licher Notfalldienst" eingeführt, sondern es wurde
auch die Einrichtung einer besonderen Notfalldienst-
zentrale geschaffen. Zuvor standen in der Funkzentra-
le einer Taxigesellschaft nur wenige Telefonleitun-
gen zur Verfügung, um die Besuchsanforderungen aus
allen Bezirken entgegenzunehmen.

¹⁾ Dtsch. Ärztebl. 18 (1967) S. 969

In der neuen Notfalldienstzentrale, im Hause der Kassenärztlichen Vereinigung von Berlin, stehen heute 12 Amtsleitungen für den Ärztlichen Notfalldienst bereit. Neben den Telefonistinnen ist täglich von 20 Uhr bis 1 Uhr, also in der Zeit, in der zwei Drittel der Besuchsanforderungen eingehen, die Zentrale mit einem Arzt besetzt. Der Bereitschaftsarzt in der Zentrale ist ein erfahrener Praktiker.

Dieser Dienst erfolgt außerhalb der allgemeinen Regelung für den Ärztlichen Notfalldienst und wird durch Absprache innerhalb einer kleinen Gruppe von Ärzten eingeteilt. Der diensthabende Arzt in der Zentrale hat ein Weisungsrecht, das sich vorwiegend auf das im Verlauf des Notfalldienstes notwendige Überschreiten der Bezirksgrenzen bezieht. Ist der Bereitschaftsarzt des einen Bezirkes erheblich überlastet, während im Nachbarbezirk relativ wenig zu tun ist, so wird dieser Notfallarzt die Weisung erhalten, in dem anderen Bezirk mit auszuhelfen.

Von dem Weisungsrecht kann auch dann Gebrauch gemacht werden, wenn ein im Einsatz befindlicher Bereitschaftsarzt vorübergehend oder vollständig ausfällt und die anfallenden Besuchsanforderungen von den Ärzten der benachbarten Bezirke übernommen werden müssen. Das Weisungsrecht des Arztes in der Zentrale erstreckt sich außerdem auf dringlich erscheinende Fälle.

Auch hat der Arzt in der Zentrale die Anrufer zu beraten, soweit dies möglich und ärztlich verantwortbar ist, evtl. zu veranlassen, daß bestimmte Medikamente aus der Apotheke beschafft werden.

Sofern dies geschieht, ist die Quittung des Apothekers für das gekaufte Medikament vom Patienten dem behandelnden Arzt vorzulegen, der nachträglich ein Kassenrezept mit dem Zusatz "Notfallarzt" ausfertigt, damit dem Patienten der verauslagte Betrag von der Apotheke erstattet werden kann.

Soweit die Bestimmungen über die Durchführung des Ärztlichen Notfalldienstes vom 12.12.1966, die den diensthabenden Arzt in der Notfalldienstzentrale betreffen.

Die telefonische Beratung der Anrufer durch den Arzt in der Zentrale bedeutet für die in den Bezirken tätigen Bereitschaftsärzte eine spürbare Entlastung. Durch gezielte Fragen des Arztes an den Anrufer können dringende Fälle besser und sicherer als solche erkannt werden. Außerdem kann der Arzt eine Reihe von Anrufern überzeugen, daß es sich in ihrem Fall um keinen dringenden Fall handelt, so daß sie danach auf den Besuch des Bereitschaftsarztes verzichten und sich am nächsten Morgen an ihren behandelnden Arzt wenden.

TABELLE 5

Krankenbesuche und telefonisch erledigte Besuchsanforderungen im Ärztlichen Notfalldienst in der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dez. 1966

M o n a t	ausgeführte Besuche	telefonische Erledigungen
Juli	7390	949 = 12,8 %
August	6714	824 = 12,3 %
September	6800	801 = 11,8 %
Oktoter	7050	1009 = 14,3 %
November	6718	1043 = 15,5 %
Dezember	7292	1282 = 17,6 %

Es zeigt sich, daß mit 12 bis 17 Prozent eine sehr hohe Zahl von Anrufern nach dem Gespräch mit dem Arzt in der Zentrale auf das Kommen des Bereitschaftsarztes verzichteten. Der Anrufer, der aufgrund des Gespräches mit dem Arzt auf den Besuch des Bereitschaftsarztes verzichtet, wird darauf hingewiesen, bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes sofort wieder den Ärztlichen Notfalldienst anzurufen, der dann schnellstens einen Bereitschaftsarzt schicken wird. Auf jeden Fall soll der Kranke am nächsten Tag zu seinem behandelnden Arzt gehen.

Ein weiterer Vorteil der Anwesenheit eines Arztes in der Notfalldienstzentrale liegt darin, daß die Apotheken in der Lage sind, Rückfrage zu halten.

So kann z.B. ein Ersatzmedikament verordnet werden, falls die verlangte Arznei nicht vorrätig ist. Zwar besteht die Möglichkeit, den Bereitschaftsarzt, der das Rezept ausgestellt hat, zu erreichen, das wäre jedoch sehr umständlich und benötigte meist sehr viel Zeit.

In der Notfalldienstzentrale wird eine Namensliste geführt, die Cavete-Liste, in der die Namen der Personen verzeichnet sind, die auffällig oft den Ärztlichen Notfalldienst in Anspruch nehmen. Es handelt sich dabei meist um Personen, die von dem Bereitschaftsarzt, dem sie nicht näher bekannt sind, durch Vortäuschen von schweren Schmerzen Analgetica, besonders Opiate, zu erlangen erhoffen. Liegt von einer auf der Cavete-Liste vermerkten Person eine Besuchsanforderung vor, ist sofort der diensthabende Arzt in der Zentrale einzuschalten. Bei dessen Abwesenheit ist der Notfallarzt des betreffenden Bezirks davon in Kenntnis zu setzen, daß dieser Anrufer den Notfalldienst auffällig oft in Anspruch nimmt.

Am 9. März 1967 fanden sich 28 Namen auf dieser Liste.

In Berlin ist grundsätzlich jeder Kassenarzt verpflichtet, am allgemeinen Ärztlichen Notfalldienst teilzunehmen. Ausnahmen davon können nur vom Vor-

stand der Kassenärztlichen Vereinigung genehmigt werden. Allgemein sind Ärzte, die über 65 Jahre und Ärztinnen, die über 60 Jahre alt sind, von der Teilnahme am Ärztlichen Notfalldienst befreit. Außerdem kann eine Befreiung aus gesundheitlichen Gründen erfolgen ¹⁾.

Der Kassenärztlichen Vereinigung ist es nicht gestattet, einen Kassenarzt vom Notfalldienst auszuschließen. Der Bereitschaftsdienst ist Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit insgesamt und kann nicht von dieser gesondert oder abgespalten werden ²⁾.

Die Einteilung der Kassenärzte am Ärztlichen Notfalldienst wird durch Obleute getroffen, die sich die Kassenärzte des jeweiligen Bezirks wählen. Besondere Wünsche werden dabei im allgemeinen berücksichtigt, nur müssen sie rechtzeitig an den für den Bezirk zuständigen Obmann gerichtet werden. In der Nacht vor dem Bereitschaftsdienst ist der Arzt verpflichtet, sich in Reserve zu halten, damit in Ausnahmefällen ein Ersatz für den Bereitschaftsarzt zur Verfügung steht. Kann der zum Notfalldienst eingeteilte Kassenarzt den Dienst nicht ausüben, so hat er sich selbst rechtzeitig um einen Vertreter zu bemühen.

¹⁾ Berlin. Ärztebl. 16 (1967) S. 794 - 797

²⁾ Sozialgericht Berlin, Urteil v. 13.5.1964,
Akt.Z.: S 71 Ka 4/63 S. 3

Im Vertretungsfalle sit die Kassenärztliche Vereinigung Berlin bis spätestens 15 Uhr des vor dem Notfalldienst liegenden Werktages zu benachrichtigen ¹⁾.

Während des Ärztlichen Notfalldienstes wird der Bereitschaftsarzt durchschnittlich 15mal zu Kranken gerufen. Die größte Zahl von Besuchsanforderungen fällt in die Zeit von 20 Uhr bis 22 Uhr, so daß der Bereitschaftsarzt von 20 Uhr bis 23 Uhr meist ununterbrochen von einem Patienten zum anderen unterwegs ist. In dieser Zeit kann es zu Wartezeiten bis zu 1 1/2 Stunden kommen.

Anscheinend warten bereits eine Reihe von Kranken auf den Beginn des Notfalldienstes, weil sie es unterlassen hatten, ihren behandelnden Arzt in der Sprechstunden aufzusuchen oder ihn nicht mehr erreicht haben. Bis 2 Uhr sind im allgemeinen zwei Drittel der Besuche erledigt. Die restlichen Besuche verteilen sich recht gleichmäßig über die verbleibende Nacht bis zum Morgen. In der Regel gibt es während des Bereitschaftsdienstes für den Arzt keine Ruhepausen. Da der vorhergehende Tag und der folgende Tag meist gewöhnliche Arbeitstage in der eigenen Praxis sind, ist der Bereitschaftsdienst eine bemerkenswerte physische Belastung für den praktizierenden Arzt.

¹⁾ Ärztlicher Notfalldienst Berlin, Juni 1967
S. 1, Allgemeine Hinweise

Aus diesem Grund ist es verständlich, wenn sich ein großer Teil der niedergelassenen Ärzte für den Ärztlichen Notfalldienst einen Vertreter sucht.

TABELLE 6

Wahrnehmung des Ärztlichen Notfalldienstes durch den eingeteilten niedergelassenen Arzt und durch Vertreter im September 1966

Be z i r k	eingeteilter Arzt	Vertreter
Charlottenburg	23	19
Kreuzberg	13	29
Neukölln-Stadt	5	33
Britz, Buckow, Rudow	19	23
Reinickendorf	15	27
Schöneberg	30	16
Spandau	22	28
Steglitz	24	18
Tempelhof	21	21
Tiergarten	18	24
Wedding	12	30
Wilmersdorf	20	22
222 = 43,3 %		290 = 56,7%

Die Zahl der Bereitschaftsdienste ist von Bezirk zu Bezirk unterschiedlich, da die Aufteilung der Dienste unterschiedlich geregelt ist. Für den Bezirk Zehlendorf war im Sept. 1966 kein eigener Bereitschaftsarzt eingeteilt, der Ärztliche Notfalldienst wurde von den Nachbarbezirken durchgeführt.

Die für den Monat September 1966 vorgenommene Auswertung zeigt, daß von insgesamt 512 Bereitschaftsdiensten in diesem Monat nur 43 % = 222 von den eingeteilten Ärzten und 57 % = 290 von vertretenden Ärzten ausgeführt wurden. Bei den Vertretern handelt es sich meistens um Assistenzärzte aus den Berliner Krankenhäusern. Nur zu einem kleinen Teil wurden die Bereitschaftsdienste von jüngeren niedergelassenen Ärzten in Vertretung für einen anderen Kollegen ausgeführt.

3. Ungeklärte Todesfälle nach Konsultation des Bereitschaftsarztes

Bei der Durchsicht der Protokolle von 4180 Obduktionen des Instituts für gerichtliche und soziale Medizin der Freien Universität Berlin aus den Jahren 1957 bis 1965 fand sich aufgrund der Angaben in den Obduktionsunterlagen in 25 Fällen der Hinweis auf eine dem Todesereignis vorausgegangene Behandlung durch einen Bereitschaftsarzt.¹⁾

Die Konsultation des Bereitschaftsarztes erfolgte in allen Fällen aufgrund von Symptomen derjenigen Erkrankung, in deren Folge der Erkrankte später unmittelbar oder mittelbar verstorben war. Bei diesen 25 Fällen handelt es sich um 10 Frauen, 10 Männer und 5 Kleinkinder in einem Alter zwischen 7 Monaten und 3 Jahren.

Aus den Ermittlungsakten der Dienststelle des Herrn Generalstatsanwalts beim Landgericht Berlin und in den Obduktionsunterlagen des Instituts für gerichtliche und soziale Medizin der Freien Universität Berlin lassen sich nur sehr allgemeine Angaben über die Krankheitssymptome zur Zeit der Konsultation des Bereitschaftsarztes entnehmen.

¹⁾ Hierbei handelt es sich nur um etwa die Hälfte der in diesem Zeitraum in Berlin (West) durchgeführten gerichtlichen Obduktionen.

Als häufigste Beschwerden waren Schmerzen genannt worden, die auch in 11 Fällen als Grund für das Hinzuziehen eines Bereitschaftsarztes angegeben worden waren.

Weiterhin fanden sich 4 Fälle mit einem Zustand nach längerem Alkoholabusus, 3 Fälle mit einem fieberhaften Infekt bei einem Kleinkind, zweimal eine Schlaftablettenintoxikation, einmal ein apathisches Kind als Begründung für die Inanspruchnahme des Ärztlichen Notfalldienstes. In zwei Fällen wurde der Bereitschaftsarzt zu bewußtlos aufgefundenen Personen gerufen, wo er die Haftfähigkeit feststellen sollte.

In einem Fall fanden sich überhaupt keine Angaben zu den Beschwerden, die der Anlaß für die Konsultation des Bereitschaftsarztes waren.

Zur besseren Übersicht seien diese Angaben nachfolgend als Tabelle wiedergegeben:

TABELLE 7

Hauptsymptom, das der Anlaß für die Inanspruchnahme des Bereitschaftsarztes war.

Hauptsymptom		Fallzahl
1. Schmerzen	insgesamt	11 Fälle
davon Leibschmerzen		6 Fälle
Brustschmerzen		3 Fälle
Schmerzen i.d.Hüfte		1 Fall
allgemeine Schmerzen		1 Fall
2. Zustand nach längerem Alkoholabusus		4 Fälle
3. Zustand nach Schlaf-tablettenabusus		2 Fälle
4. Fieber bei einem Kleinkind		3 Fälle
5. Bewußtlosigkeit		2 Fälle
6. Schwächeanfall		1 Fall
7. apathisches Kind		1 Fall
8. ohne Angaben		1 Fall
		25 Fälle

Eine Diagnose des Bereitschaftsarztes wurde nur in 16 der 25 Fälle aktenkundig: Es fand sich dreimal Gastritis und je einmal Grippe, Nahrungsmittelunverträglichkeit und Euphorie nach Alkoholabusus angegeben.

Zweimal dürfen die klaren Angaben über die Vorgeschichte und den Zustand der Erkrankten als Diagnose gelten: Zustand nach Schlaftablettenintoxikation.

In zwei Fällen wurde die Diagnose des vor- bzw. nachbehandelnden Arztes bekannt.

Die aufgrund der gerichtlichen Leichenöffnung festgestellten Todesursachen sind in Tabelle 8 aufgeführt.

TABELLE 8

Todesursachen der 25 Fälle,
Obduktionsergebnis

Todesursache	Frauen	Männer	insgesamt
Coronarsklerose und -thrombose	2	4	6
Pneumonie	4	2	6
Lungenembolie	2	-	2
intracranielle Blutung	-	2	2
Peritonitis	1	-	1
Coma diabeticum	-	1	1
E 605-Vergiftung	-	1	1
Ileus	-	1	1
Ikterus	-	1	1
Retropharyngealabsceß	1	-	1
Bronchiolitis	-	1	1
Meningitis	1	-	1
Lungen-Tbc mit Herz- versagen und Enteritis	1	-	1
	12	13	25

Der Versuch einer Zusammenstellung nach Gruppen
ergibt folgende Einteilung:

Gruppe	I	Coronarsklerose und -thrombose	6 Fälle
Gruppe	II	Pneumonie	6 Fälle
Gruppe	III	Lungenembolie	2 Fälle
Gruppe	IV	intracerebrale Blutung	2 Fälle
Gruppe	V	Erkrankungen im Abdominalbereich	2 Fälle
Gruppe	VI	Erkrankungen bei Kleinkindern	5 Fälle
nicht zu gruppierende Fälle			2 Fälle

25 Fälle

K A S U I S T I K

Im folgenden werden einige der Fälle näher beschrieben:

GRUPPE I: Coronarsklerose und -thrombose =====

Zu dieser Gruppe gehören insgesamt 6 Fälle. Das führende Symptom bei diesen Fällen ist der Schmerz, und zwar angegeben im Bereich des Abdomens. Nur in einem Fall (Fall 2) wurden bei einem weiteren Schmerzanfall, nachdem der Bereitschaftsarzt den Patienten wieder verlassen hatte, neben den starken Leibschmerzen auch Schmerzen in der Herzgegend angegeben. In diesem Fall wie in einem weiteren fanden sich keine Angaben zur Anamnese. Nur in einem Fall wurde auf frühere Herzbeschwerden hingewiesen. In drei Fällen fanden sich in der Anamnese abdominelle Beschwerden. In keinem dieser Fälle wurde eine Erkrankung des Herzens und auch keine Lebensgefahr angenommen. Den Kranken waren Analgetica verordnet worden.

Die Obduktionen zeigten, daß der Tod in 5 Fällen als Folge einer stenosierenden Coronarsklerose und in einem Fall aufgrund einer Coronarthrombose eingetreten war. Nur einmal (Fall 3) fand sich neben dem Herzschaden noch ein krankhafter Befund im Abdomen.

Zur Klärung der Todesfälle waren die Ermittlungen aufgenommen worden. Sie wurden eingestellt, nachdem durch die Obduktion ein Tod aus natürlicher Ursache festgestellt worden war.

FALL 1 (183/65)

Der 67-jährige Rentner Friedrich K. litt seit Jahren an Hypertonus, Arteriosklerose und Magengeschwüren. Wegen der Magengeschwüre war bereits eine 2/3 Resektion des Magens durchgeführt worden.

Der wegen Magenbeschwerden gerufene Bereitschaftsarzt gab beruhigende und schmerzlindernde Zäpfchen. Kurz nach dem Besuch des Arztes war F.K. nicht mehr ansprechbar. Erneut hinzugerufen, soll der Bereitschaftsarzt erklärt haben, daß F.K. seiner Meinung nach schon tot sei, er aber doch eine Einweisung in ein Krankenhaus veranlassen wolle. Im Krankenhaus konnte bei F.K. nur noch der Tod festgestellt werden.

Obduktionsergebnis:

Herzruptur mit Herzbeuteltamponade, Coronarthrombose, Verschuß des absteigenden Astes der A. coronaria durch ein Gerinzel 1 cm hinter dem Abgang. Herzruptur in der Vorderwand des linken Ventrikels, direkt neben der Kammerscheidewand. Blutung in den Herzbeutel.

An der Hinterwand der linken Kammer ein markstückgroßer weißlich-grauer Narbenbezirk. Hochgradige allgemeine Arteriosklerose und Coronarsklerose. Lungen- und Hirnoedem.

Mittelgradige chronische Stauung von Leber und Milz. Zustand nach 2/3-Resektion des Magens.

Die Ermittlungsbehörde stellte das Verfahren ein, nachdem sich aufgrund der gerichtlichen Leichenöffnung kein hinreichender Anlaß für die Annahme fremder Schuld ergab.

FALL 2 (608/64)

Der 38-jährige Schneider Dieter K. war laut Angaben seiner Ehefrau bisher nie ernstlich krank gewesen. In der Nacht gegen 2.30 Uhr klagte er über heftige Leibes Schmerzen. Der hinzugekommene Bereitschaftsarzt nahm ein Magengeschwür an und verordnete Analgetica. Kurze Zeit später kam es erneut zu heftigen Schmerzen im Leib und jetzt auch in der Herzgegend. D.K. stand nun auf und fiel dann plötzlich im Schlafzimmer um. Mit der Feuerwehr erfolgte sofort der Transport ins Krankenhaus, wo nur noch der Tod festgestellt werden konnte.

Obduktionsergebnis:

Coronarthrombose.

Vollständiger Verschluss des absteigenden Astes der linken A. coronaria durch ein Gerinnsel auf einem Intimabeet. Intimaver-
stärkung mit Mittelteil der rechten Coronar-
arterie. Ziemlich schlaffes, leicht ver-
größertes rechtsbetontes Herz. Stauungsbron-
chitis, Stauung von Leber und Milz. Magen
unauffällig.

Seitens der Ermittlungsbehörde wurden die Unter-
suchungen eingestellt, da aufgrund der Obduktion
eine natürliche Todesursache festgestellt wurde.

F A L L 3 (246/61)

Die 67-jährige Adelheid S. wurde am Morgen des
10.8. leblos in der Toilette aufgefunden. Nach An-
gaben der Wohnungsnachbarn soll Frau S. bereits
am 10.8. nach dem Genuss von Beuleiten, über Ver-
giftungserscheinungen geklagt haben, auch sei sie
gallelidend gewesen. Am 14. oder 15.8. habe sie
über so starke Leibes Schmerzen geklagt, daß der be-
handelnde Arzt gerufen wurde. Wegen eines Hypertonus
befand sich A.S. schon seit längerer Zeit in ärzt-
licher Behandlung. Sie hatte jedoch die Behandlung
unterbrochen und war wiederholt - trotz Bestellung -
nicht in die Praxis gekommen.

Jetzt wurde eine Gastritis festgestellt. Einige Ta-
ge später traten erneut heftige Leibes Schmerzen auf,
so daß am Abend des 19.8. der Bereitschaftsarzt ge-
rufen wurde, der eine Gallenkolik annahm. Eine Ein-
weisung in ein Krankenhaus hielt er nicht für erforder-
lich.

Obduktionsergebnis:

Herzruptur, Herzbeuteltamponade,
Pankrestumor.

Abgänge der Coronararterien durch Intima-
polster in der Aorta ziemlich eng.

Die rechte A. coronaria kurz hinter dem
Abgang durch Intimapolster stark eingeengt.
Der absteigende Ast der linken A. coronaria
ziemlich eng durch zum Teil verkalkte Wand-
einlagerungen. Zerreißung der Vorderwand
der linken Herzkammer mit Blutung in den
Herzbeutel, an der Spitze der linken Kammer
mehrfache schlitzförmige Einrisse des Peri-
cards, darunter ist der Herzbeutel blutun-
terlaufen. Die Mitralklappe ist ziemlich starr
mit gelblichen, verkalkten Auflagerungen.

Magen unauffällig.

Bauchspeicheldrüse: Kopf und vorderer Körper
stark vergrößert und derb, im Kopf ein hasel-
nugroer Eiterherd. Mehr zur Mitte ist sie
von hirsekorngren, dicht aneinander gereih-
ten Eiterherden durchsetzt.

Nach Vernehmung des behandelnden Arztes und tele-
fonischer Auskunft aus der Praxis des Bereit-
schaftsarztes sowie aufgrund des Befundes der ge-
richtlichen Leichenöffnung bestand kein Anhalt
für ein Fremdverschulden, so daß die Ermittlungen
seitens der Staatsanwaltschaft eingestellt wurden.

GRUPPE II: Pneumonie
=====

Bei den 6 zu dieser Gruppe rechnenden Todesfällen lagen wesentlich weniger einheitliche Verhältnisse vor als bei der vorangehenden Gruppe I: Coronarsklerose und -thrombose.

In allen 6 Fällen war die zum Tode führende Lungenentzündung die Folge einer vorangegangenen anderen gesundheitlichen Schädigung. Das gemeinsame Merkmal der Fälle dieser Gruppe bestand in einem sich über eine gewisse Zeitspanne erstreckenden Krankheitsverlauf, wobei die Hinzuziehung des Bereitschaftsarztes erst in einem späten Stadium erfolgt war.

Wie die Tabelle II im Anhang näher aufgliedert, waren die vorangegangenen Schädigungen zweimal eine Schlafmittelvergiftung, einmal ein Schenkelhalsbruch, zweimal chronischer Alkoholmißbrauch und einmal eine kombinierte Schädigung mit Diabetes mellitus und Gelenkrheumatismus.

Bei 4 dieser 6 Fälle waren Anschuldigungen gegen den Bereitschaftsarzt während der Ermittlungen erhoben worden. Dabei fällt auf, daß bei 3 der 4 Fälle zuvor eine ärztliche Behandlung oder die Einweisung in ein Krankenhaus abgelehnt worden war.

FALL 4 (272/59)

Die 39-jährige Hausfrau Ilse J. hatte nach einem Ehestreit am Morgen zwei Packungen zu 10 Tabletten à 0,2 g des Schlafmittels Noctal eingenommen.

Kurz darauf zwang ihr Ehemann sie, reichlich Wasser zu trinken und zu erbrechen. Nach längerer Unterhaltung war sie, etwa 4 Stunden nach der Einnahme der Tabletten, eingeschlafen. Da Frau J. auch noch in der Nacht des folgenden Tages schlief, wurde der Bereitschaftsarzt gerufen. Dieser verabreichte eine Injektion mit Sympatol, worauf die Frau gähnte und sich räkelte.

Eine Krankenhauseinweisung war nach Ansicht des Arztes nicht notwendig. Am Tage ging der Ehemann seiner Arbeit nach, während die Tochter im Hause war. Als der Ehemann gegen 20 Uhr nach Hause kam, bemerkte er, daß seine Frau röchelte und nur noch stoßweise atmete. Er veranlaßte sofort die Einweisung in ein Krankenhaus, wo die Frau bewußtlos eingeliefert wurde.

Trotz intensiver Behandlung trat am folgenden Tag der Tod ein.

Obduktionsergebnis:

Ausgedehnte Bronchopneumonie.

Toxologisch waren nur noch 0,5 g Noctal nachgewiesen worden (lange Ausscheidungsphase).

Mit Rücksicht auf den raschen Abbau und die erfolgte Ausscheidung war zu schließen, daß die vielfache Menge des Schlafmittels eingenommen worden war.

Ein Ermittlungsverfahren wurde eingeleitet, um zu klären, ob sich der Ehemann der unterlassenen Hilfeleistung schuldig gemacht hatte. Im Laufe der Ermittlungen wurde der Bereitschaftsarzt zu den von ihm dem Ehemann gegebenen Verhaltensmaßregeln vernommen. Die hierzu abgegebenen Erklärungen erschienen sehr widerspruchsvoll. Der Ehemann hielt sich an den Rat, erst dann etwas zu unternehmen, wenn sich der Zustand seiner Frau verschlechtern sollte. Der Bereitschaftsarzt wollte diesen Rat nur auf die nächsten Stunden beschränkt wissen und nahm an, daß danach auf jeden Fall die Weiterbehandlung durch den Hausarzt erfolgen würde, was jedoch unterblieb.

Eine kritische Auseinandersetzung mit den Maßnahmen des Arztes durch die Ermittlungsbehörde erfolgte nicht. Das Ermittlungsverfahren wurde eingestellt, da sich kein Anhalt für eine unterlassene Hilfeleistung seitens des Ehemannes fand.

FALL 5 (524/62)

Der 64-jährige Franz F., der stark dem Alkohol zusprach, war seit ca. 4 Wochen krank, jedoch ohne feste ärztliche Behandlung. Nur zweimal wurde er von einem Bereitschaftsarzt besucht. Er wurde von seiner Schwester in seiner verwahrlosten Wohnung versorgt. In der letzten Zeit hatte er nur sehr wenig gegessen und in den letzten Tagen unter sich gemacht. Ein erneut herbeigerufener Bereitschaftsarzt veranlaßte die Einweisung in ein Krankenhaus, wo er während der Aufnahmeuntersuchung verstarb.

Obduktionsergebnis:

Schwere Stoffwechselschädigung durch hypertrophische Fettleber; chronischen Alkoholismus; Subikterus der Haut, Schleimhäute und inneren Organe; Bronchopneumonie.

Da die Todesursache zunächst ungeklärt war und Äußerungen einer Nachbarin bekannt wurden, die gesagt hatte, daß der Bereitschaftsarzt, der den F. einige Tage vor seinem Tod besucht hatte, die Verpflichtung gehabt hätte, den F. unverzüglich in ein Krankenhaus einzuweisen, wurden die Ermittlungen aufgenommen und von der Kriminalpolizei eine gerichtliche Leichenöffnung angeregt. Der angeschuldigte Bereitschaftsarzt wurde vernommen. In seiner Aussage gab er an, daß zum Zeitpunkt seines Besuches keine akute Lebensgefahr bestanden hätte. Er habe F. aber trotzdem in ein Krankenhaus einweisen wollen, was dieser jedoch strikt abgelehnt hätte. Weiterhin habe er das Sozialamt benachrichtigt, da der Patient einen sehr ungepflegten Eindruck gemacht habe. Daraufhin sei ein Fürsorger zum Patienten geschickt worden. Der Arzt beabsichtigte, die Einweisung in ein Hospital in die Wege zu leiten. Da sich kein Anhalt für eine unterlassene Hilfeleistung seitens des Bereitschaftsarztes oder ein anderes Fremdverschulden fand, wurden die Ermittlungen eingestellt.

FALL 6 (83/61)

Die 48-jährige Verkaufsleiterin Ursula St. soll seit drei Jahren stark getrunken haben. In der Woche vor ihrem Tode hatte sie sich besonders viel Alkohol zugeführt und kaum gegessen. In den letzten Tagen hatte sie allerdings weniger getrunken, da sie sich nicht wohl gefühlt hatte. Als außerdem Atemnot aufgetreten war, hatte die Mutter den Bereitschaftsarzt gerufen. Der Arzt fand Frau St. sehr aufgeregt vor. Sie klagte über keine Beschwerden, bei der Untersuchung ließ sich Alkoholgeruch feststellen. Die Diagnose des Bereitschaftsarztes lautete: Zustand nach Alkoholabusus, Euphorie. Zur Beruhigung gab er eine Ampulle Luminal. Eine Krankenhauseinweisung hielt er nicht für erforderlich.

Kurze Zeit nach dem Besuch des Arztes kam es zu starker Atemnot und Unwohlsein. Wenig später wurde die St. tot in ein Krankenhaus eingeliefert.

Obduktionsergebnis:

Lobäre Pneumonie (rechter Mittellappen und Teil des rechten Unterlappens).

Die Ermittlungen richteten sich gegen den Bereitschaftsarzt unter der Anschuldigung fahrlässiger Tötung. Da kein behandelnder Arzt angegeben, Frau St. aber laut Befund des Bereitschaftsarztes kurz vor ihrem Tod in einer normalen körperlichen Verfassung war, erschien es nicht ausgeschlossen, daß durch die verabfolgte Luminalspritze bzw. durch die Einnahme bisher nicht bekannter Medikamente der Tod herbei geführt wurde.

Vermerk der Kriminalpolizei in den Ermittlungsakten: "Nach hiesigem Dafürhalten erscheint eine Obduktion zur Klärung der Todesursache angebracht." Es erfolgte erst eine telefonische Befragung, dann eine Vernehmung des Bereitschaftsarztes. Da aufgrund des Ergebnisses der gerichtlichen Leichenöffnung sich kein Anhalt für ein Fremdverschulden fand, wurden die Ermittlungen eingestellt.

GRUPPE III: Lungenembolie
=====

Zu dieser Gruppe gehören zwei Fälle, die durch den Fall 7 repräsentiert werden. In beiden Fällen bestand bereits ein längeres Krankenlager, ehe der Bereitschaftsarzt hinzugezogen wurde. In einem Fall war zuvor jegliche ärztliche Behandlung abgelehnt worden, im anderen Fall verweigerte der Kranke die Einweisung in ein Krankenhaus.

FALL 7 (267/57)

Bei der 72-jährigen Rentnerin Hedwig D. wurde etliche Tage vor ihrem Tod vom Hausarzt die Diagnose Lungenentzündung und Bein thrombose gestellt. Wegen einer außerdem bestehenden Kreislaufschwäche wurde zur Krankenhausbehandlung geraten, die aber von H.D. und ihren Angehörigen nicht für notwendig erachtet wurde. Einige Tage später wurde wegen eines "Herzanfalls" der Bereitschaftsarzt nachts gerufen. Der Anruf wurde von der Mutter der Ärztin entgegengenommen, da diese auf Krankenbesuch war. Nachdem sie zurückgekommen war, fuhr sie zu Frau D.. Da die Bereitschaftsärztin nicht sofort kommen konnte, hatten Angehörige außerdem die Feuerwehr alarmiert. So trafen die Ärztin und die Feuerwehr gemeinsam bei der Kranken ein. Die Patientin wurde in ein Krankenhaus transportiert, wo ein EKG angefertigt wurde. Da es ohne groben pathologischen Befund war, wurde H.D. mit dem Krankenwagen wieder nach Hause gebracht. Durch telefonische Rücksprache erfuhr die Ärztin von dem Befund und dem Rücktransport der Patientin. Etwa zwei Stunden später wurde die Ärztin erneut wegen eines "Herzanfalls" zu dieser Patientin gerufen. Die Ärztin lehnte jetzt ein erneutes Kommen ab, da aufgrund der im Krankenhaus erfolgten

Untersuchungen, die keinen ernsthaften Befund ergeben hatten, für sie bei der gleichen Symptomatik kein Anhalt für eine ernste Erkrankung bestand. Von den Angehörigen wurde der zweite Transport in ein Krankenhaus veranlaßt, wo sie nur noch tot eingeliefert wurde.

Obduktionsergebnis:

massive Lungenembolie nach Thrombose
der V. femoralis li.

Zur Klärung der Todesursache und zur Überprüfung, ob seitens der Bereitschaftsärztin unterlassene Hilfeleistung vorliegt, wurden die Ermittlungen aufgenommen. In der Vernehmung gab der Schwiegersohn der H.D. an, daß sich die Bereitschaftsärztin beim zweiten Mal ohne ersichtlichen Grund geweigert habe zu kommen. Daraufhin mußte die Schwiegermutter wieder mit der Feuerwehr in ein Krankenhaus gebracht werden. Weiter wurden der behandelnde Arzt und die Bereitschaftsärztin vernommen. Hier machte die Ärztin darauf aufmerksam, daß sie aufgrund der telefonischen Auskunft von dem Krankenhausarzt wußte, daß keine bedrohliche Erkrankung bestand. Auch hatte sie in der gleichen Zeit Krankenbesuche abzustatten und war somit nicht in der Lage zu unterscheiden, wo zuerst ärztliche Hilfe notwendig war. Ein schuldhaftes Verhalten konnte bei den Ermittlungen nicht festgestellt werden, so daß sie eingestellt wurden.

GRUPPE IV: Intracerebrale Blutung

Die beiden Fälle dieser Gruppe sind fast identisch. Führendes Symptom war tiefe Benommenheit. In beiden Fällen wurde der Bereitschaftsarzt zur Prüfung der Frage der Haftfähigkeit gerufen. Beide Male wurde die Benommenheit auf den Genuß größerer Alkoholmengen zurückgeführt und die Haftfähigkeit bejaht.

FALL 8 (555/64)

Der 51-jährige Arbeiter Erich D., der ungefähr 3 bis 4 Flaschen Bier und 2 Gläser Weinbrand getrunken hatte, stürzte von der Straßenbahn. Offensichtlich bewußtlos wurde er in ein Krankenhaus gebracht. Nach etwa einer Stunde wurde die Polizei aufgefordert, den Mann zur Ausnüchterung zum Revier zu bringen. Den Beamten wurde gesagt, es handle sich nur um eine Nasenprellung mit Nasenbluten. Da nach 6 Stunden keine Besserung im Befinden des Arrestanten eingetreten war, wurde der Bereitschaftsarzt gerufen. Der Polizeimeister erwähnte besonders, daß ihm das Erbrechen und das Bluten aus der Nase und dem rechten Ohr verdächtig erscheine. Er vermute eine Gehirnerschütterung. Nach der Untersuchung beruhigte ihn der Bereitschaftsarzt: Das Nasenbluten sei nebensächlich, das Blut im Ohr ist unerheblich, das rühre von einem Riß im Ohr her. Er brauche sich keine Sorgen zu machen. "Sicher ist der Mann im Krankenhaus geröntgt worden, und außerdem ist er jetzt von mir untersucht worden." Am nächsten Morgen war E.D. auf Anruf sofort wach, stand allein auf und zog seinen Mantel an. Da er sich aber noch müde fühlte, wollte er sich auf eine Bank legen. Er machte einen nüchternen Eindruck und ließ sich mit einer Taxe nach Hause bringen. Dort rief seine Verlobte einen Arzt hinzu, der die Einweisung in ein Krankenhaus veranlaßte.

8 Tage später erfolgte die Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wo einen Tag später der Tod eintrat.

Obduktionsergebnis:

Schädelhirntrauma.

Tiefgreifende Rindenprellung rechts mit Subduralblutung, Knochensprung vom rechten Schenkel der Lambda-Naht zur Schädelbasis bis zum re. Felsenbein.

Blutunterlaufung am re. Augenhöhlendach und kleinerer Sprung im hinteren Anteil. Rechtes Trommelfell intakt, lediglich am hinteren Rand blutunterlaufen, im äußeren rechten Gehörgang wenig angetrocknete braune Krusten.

Es wurde nur gegen den Straßenbahnschaffner und die beteiligten Polizisten wegen fahrlässiger Körperverletzung bzw. unterlassener Hilfeleistung ermittelt.

Die Ermittlungen wurden eingestellt, da sich kein Anhalt für ein Fremdverschulden fand.

GRUPPE V: Erkrankungen im Abdominalbereich
=====

Ähnlich wie in der Gruppe II findet sich bei den beiden Fällen dieser Gruppe ein längeres Kranklager ohne ausreichende ärztliche Versorgung. Im Fall 9 war eine Krankenhausbehandlung abgelehnt worden. Im zweiten Fall war der behandelnde Arzt selbst erkrankt, und der Bereitschaftsarzt hielt aufgrund seiner Diagnose eine sofortige Krankenhauseinweisung nicht für erforderlich, da, wie ihm die Patientin mitteilte, für die nächsten Tage bereits eine Krankenhausaufnahme vorgesehen sei. In beiden Fällen trat kurze Zeit nach der Konsultation des Bereitschaftsarztes der Tod ein.

FALL 9 (100/60)

Der Ehemann rief den Bereitschaftsarzt zu seiner 63-jährigen Ehefrau Margarete R. Sie erhielt von dem Arzt ein Gilucur-Dragee und ein Spasmocibalgin-Zäpfchen. Kurze Zeit darauf starb die Frau.

Eine gute Stunde später erschien der Ehemann auf dem zuständigen Polizeirevier und erstattete eine Strafanzeige gegen den Bereitschaftsarzt: Der Arzt habe sich bei der Verabreichung der Medikamente vergriffen. Am folgenden Tag erschien der Ehemann wieder auf dem Polizeirevier und gab nun an, daß er glaube, daß seine Frau eines natürlichen Todes gestorben sei. Zusätzlich sagte er, daß seine Frau schwer herzleidend gewesen sei und sich seit einigen Jahren in ambulanter ärztlicher Behandlung befunden habe. Bereits vor 14 Tagen sollte sie in ein Krankenhaus eingewiesen werden, was jedoch unterblieb, da sich seine Frau geweigert habe.

Obduktionsergebnis:

Eitrige Bauchfellentzündung.

Eine gut mannsfaustgroße Eiterhöhle im Bereich des linken Nierenlagers, die mit dem vereiterten linken Nierenbecken Verbindung hatte, war in die Bauchhöhle durchgebrochen.

Das aufgrund der Anzeige des Ehemannes angenommene Ermittlungsverfahren gegen den Bereitschaftsarzt wegen des Verdachts der fahrlässigen Tötung wurde eingestellt, da ein Tod aus natürlicher Ursache festgestellt wurde.

GRUPPE VI: Erkrankungen bei Kleinkindern
=====

Diese Gruppe ist im Gegensatz zu den vorangehenden Gruppen nicht aufgrund der Todesursachen im Obduktionsbefund zusammengestellt worden. Es handelt sich hier um Kleinkinder in einem Alter zwischen 7 Monaten und 3 Jahren. Die mit dem frühen Kindesalter verbundenen besonderen Probleme solcher Fälle bezüglich Diagnostik, Therapie und Verlauf waren der Anlaß, diese Fälle in einer Gruppe zusammenzufassen. Eine Untersuchung über die Inanspruchnahme des Bereitschaftsarztes zeigt, daß im Juni 1964 in 8 West-Berliner Bezirken der Bereitschaftsarzt in 16 % aller Fälle zur Behandlung eines Kindes im Alter bis zu 6 Jahren gerufen wurde.

Bei unseren Auswertungen fanden sich insgesamt 5 Fälle von unerwartetem Tod im Kindesalter, bei denen eine Untersuchung durch einen Bereitschaftsarzt voranging. In 4 der 5 Fälle wurde Fieber als Symptom angegeben; zweimal klagten die Kinder zusätzlich über Übelkeit und Erbrechen. Hauptsächlich war es aber der kranke Eindruck des Kindes, der ihre Eltern oder ihre Betreuer veranlaßte, den Bereitschaftsarzt hinzuzuziehen. In den meisten Fällen war das Kind erst wenige Tage lang krank gewesen, nur in einem Fall kränkelte es schon seit

zwei Monaten.

Bei 4 der 5 Fälle hatte das plötzlich veränderte Aussehen des Kindes die Angehörigen noch veranlaßt, mit den Kindern in eine Kinderklinik zu eilen, wo dann allerdings nur noch der Tod festgestellt werden konnte.

In 3 Fällen trat der Tod als Folge eines Infektes ein.

In 2 Fällen wurde im Ermittlungsverfahren der Bereitschaftsarzt der fahrlässigen Tötung beschuldigt.

In einem Fall wurden die Eltern der fahrlässigen Tötung beschuldigt, und in 2 Fällen wurden die Ermittlungen zur genaueren Klärung des Todesfalles aufgenommen.

FALL 10 (450/64)

Als jüngstes von 4 Kindern war die 15 1/2 Monate alte Heike Sch. bisher nie ernsthaft krank gewesen. In der Nacht vom 29. zum 30.9. hatte sich das Kind im Bett übergeben, es hatte Fieber. Die Mutter behandelte es mit Fieberzäpfchen. Am nächsten Morgen ging es ihm wieder besser, es aß jedoch noch nicht so recht. Drei Tage später kam es am Abend erneut zum Erbrechen, außerdem schnappte das Kind auffallend nach Luft. Der Bereitschaftsarzt wurde gerufen, er stellte eine Magen-Darm-Infektion fest und verordnete eine Teepause. Die Mutter kaufte von sich aus Zäpfchen gegen Magen-Darm-Infektion. Nach Gabe dieses Medikamentes trat eine Besserung ein.

Als der Vater des Kindes - 2 1/2 Tage später - am frühen Morgen zur Arbeit ging, äußerte er sich besorgt über das Aussehen des Kindes.

Kurze Zeit später, um 7,15 Uhr, stellte die Mutter eine bläuliche Verfärbung des Gesichtes fest. Sie fuhr sofort in ein Kinderkrankenhaus, wo nur noch der Tod festgestellt werden konnte.

Obduktionsergebnis:

Schwere Rippenfellentzündung.

Beide Brusthöhlen enthielten je 120 ml mit Eiterflocken durchsetzter Flüssigkeit. Die Rippenfellentzündung war die Folge eines Abscesses, der sich von der Tiefe der linken Gaumenmandel über die tieferen Halsschichten bis zur Brusthöhle erstreckte.

Rechtsseitige Mittelohrentzündung.

Die feingewegliche Untersuchung der Gaumenmandeln zeigte Entzündungsherde im Bett der linken Gaumenmandel in der Tiefe, die in Verbindung mit dem Absceß in den tiefen Halseingeweiden stehen.

Da die Todesursache zunächst nicht geklärt war und die Mutter in ihrer Aussage angab, daß der Bereitschaftsarzt, obwohl er eine Magen-Darm-Infektion festgestellt hatte, nichts verordnet hatte, wurden die Ermittlungen gegen den Bereitschaftsarzt wegen fahrlässiger Tötung eingeleitet. In dem Ermittlungsverfahren wurden die Eltern des Kindes gehört.

Nach Einholung einer schriftlichen Aussage des Bereitschaftsarztes folgte seine richterliche Vernehmung in Anwesenheit eines medizinischen Sachverständigen. Sowohl in der schriftlichen als auch in der mündlichen Aussage vor dem medizinischen Sachverständigen gab der Bereitschaftsarzt an, daß er aufgrund der Angabe, das Kind habe am Tag zuvor Wurst gegessen, und danach sei die Appetitlosigkeit eingetreten, eine Nahrungsmittelunverträglichkeit angenommen habe. Wegen der seiner Meinung nach harmlosen Gastritis habe er eine Teepause empfohlen. Bei der allgemeinen Durchuntersuchung sei, bis auf eine belegte Zunge und etwas vergrößerte Mandeln, kein auffälliger Befund zu erheben gewesen. Im Falle einer ausbleibenden Besserung hatte er den Eltern empfohlen, im Laufe des kommenden Tages (Sonntag) erneut einen Bereitschaftsarzt zu rufen, bzw. am Montag den behandelnden Arzt aufzusuchen.

Der gerichtsmedizinische Sachverständige gab folgende Stellungnahme ab:

Von der Untersuchung durch den Bereitschaftsarzt bis zum Eintritt des Todes waren mindestens 48 Stunden verstrichen, eine Zeitspanne, in der sich bei einer schweren, akuten Infektion die Befunde noch wesentlich verändern können.

Man wird deshalb nicht zur Annahme berechtigt sein, daß schon zum Zeitpunkt der Untersuchung alle Befunde bei dem Kind so stark ausgeprägt waren, wie dies zum Zeitpunkt des Todes der Fall war. Es kann mit großer Wahrscheinlichkeit angenommen werden, daß der tiefe Halsabsceß bereits zum Zeitpunkt der Untersuchung ausgebildet war. Es ist naheliegend anzunehmen, daß die Appetitlosigkeit des Kindes durch diesen Absceß bedingt war. Ob zu diesem Zeitpunkt bei dem Kind schon eine Rippenfellentzündung bestanden hatte, läßt sich nachträglich nicht mehr entscheiden. Zum Zeitpunkt der Konsultation des Bereitschaftsarztes wäre wahrscheinlich nur ein speziell in der Diagnose kindlicher Infekte langjährig geübter Arzt in der Lage gewesen, die richtige Diagnose zu stellen. Das wäre auch unter diesen Voraussetzungen eine sehr bemerkenswerte medizinische Leistung gewesen.

Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte ist also nicht mit der nötigen Sicherheit nachzuweisen, daß Dr. A. als Bereitschaftsarzt bei der Untersuchung des Kindes die ärztliche Sorgfaltspflicht außer acht ließ. Die von dem Arzt nach der Untersuchung getroffenen Maßnahmen lassen sich nicht beanstanden. Wenn er darauf verzichtet hat, ein Medikament zu verschreiben, so war eine solche abwartende Haltung durchaus angemessen. Ferner ist es zweifelhaft, ob der tödliche Ausgang bei richtiger Diagnose und alsbaldiger optimaler Behandlung abzuwenden gewesen wäre. Aufgrund dieses Gutachtens erfolgte die Einstellung des Ermittlungsverfahrens.

FALL 11 (338/61)

Reno St., das 3-jährige Kind einer ledigen Mutter, lebte seit seiner Geburt in Kinderheimen. Vor ungefähr 2 Monaten war beim Kind der Blinddarm entfernt worden. Nach der Operation sollen sich noch Folgen eingestellt haben, die eine Weiterbehandlung erforderlich machten. Seit dieser Zeit kränkelte das Kind des öfteren. Alle Kinder des Heimes standen unter ärztlicher Kontrolle. In der Nacht fing das Kind an zu weinen und klagte über Leibschmerzen. Daraufhin wurde es in das Isolierzimmer verlegt. Da das Kind kein Fieber

hatte, wurde kein Arzt gerufen. Tagsüber war es ruhig, wollte aber nichts essen. In der folgenden Nacht klagte es erneut über Leibschmerzen. Die Temperatur betrug 37,5 °C. Es wurde der Bereitschaftsarzt gerufen, der gegen 21 Uhr eintraf und Treupel-Zäpfchen verordnete. Die Kindergärtnerin wachte die ganze Nacht bei dem Kind. Am Morgen stellte sie bei dem Kind eine erhebliche Änderung des Gesichtsausdruck fest und bestellte daraufhin den Heimarzt. Zwei Stunden später war das Kind verstorben, noch bevor der Heimarzt eingetroffen war. Später bat dieser den Bereitschaftsarzt, den Leichenschauschein auszustellen, da das Kind zuletzt von ihm behandelt wurde. In die Todesursachen-Spalte wurde "ungeklärt" eingetragen.

Obduktionsergebnis:

Strangileus als Spätfolge nach Appendektomie. Einklemmung und Drehung einer unteren Dünndarmschlinge zwischen strangförmigen Verwachsungen im Bereich des rechten Unterbauches. Das eingeklemmte 13 cm lange Dünndarmstück war bereits stärker blutig durchtränkt. Strangförmige Verwachsungen der Anfangsteile des Dickdarms sowie des unteren Dünndarmabschnitts und des großen Netzes an der Bauchwand.

Im Ermittlungsverfahren verweigerte die Bereitschaftsärztin die Aussage vor der Kriminalpolizei. Daraufhin erfolgte die Eintragung: Als Beschuldigte ist Dr. Sch. wegen fahrlässiger Tötung einzutragen. In der richterlichen Vernehmung sagte die Ärztin aus, daß ein schwerer Krankheitszustand aus dem Aspekt, dem Verhalten und aufgrund der Untersuchung nicht zu erkennen gewesen sei. Das Kind sei voll ansprechbar gewesen, es hatte nur 37,5 °C Fieber gehabt und gab bei der Palpation des Leibes keine Schmerzen an. Außerdem erfolgte während der Ermittlungen zweimal eine Vernehmung der Kindergärtnerin.

Das Verfahren gegen die Beschuldigte wurde eingestellt, da ihr ein Verschulden nicht nachgewiesen werden konnte.

Die verbleibenden zwei Fälle lassen sich nicht unter gemeinsamen Gesichtspunkten in Gruppen eingliedern. Bei dem Todesfall im Coma diabeticum handelte es sich um einen 36-jährigen ausländischen Künstler, E.D., der gerade zu einem Gastspiel in Berlin eingetroffen war. Er machte einen sehr kranken Eindruck und konnte vor Schwäche kaum laufen. Der deswegen hinzugezogene Bereitschaftsarzt verabreichte ihm eine Spritze.

Am nächsten Tag verfiel der Kranke in tiefe Bewußtlosigkeit. Ein erneut konsultierter Arzt veranlaßte die sofortige Einweisung in ein Krankenhaus, wo wenig später der Tod eintrat.

Die gerichtliche Leichenöffnung ergab Tod infolge Coma diabeticum. Im Urin ließ sich nur eine sehr geringe Acetonkonzentration nachweisen. Die Zuckerkrankheit schien vorher nicht bekannt gewesen zu sein.

Bei dem letzten Fall schließlich erscheint es sehr fraglich, ob er überhaupt zur Kategorie "Tod nach Inanspruchnahme des Notfallarztes" gerechnet werden darf, doch sei der Hergang hier geschildert, weil er besonders ungewöhnlich und dabei in diesem Zusammenhang recht wichtig ist.

Der Bereitschaftsarzt wurde zu einem 49-jährigen Mann gerufen, der nach Angaben seiner Ehefrau in

der Nacht an starker Atemnot gelitten hätte und außerdem seit Jahren herzkrank gewesen sei. Der Arzt konnte nur noch den Tod feststellen. Er bescheinigte eine natürliche Todesursache infolge eines Herzschlags.

Da die "Leiche" nicht erkaltet sei, waren der Ehefrau Bedenken gekommen, ob ihr Mann tatsächlich tot sei. Sie rief daraufhin die Feuerwehr an und gab jetzt an, daß sich ihr Mann vergiftet habe.

Der Mann wurde von der Feuerwehr unverzüglich in ein Krankenhaus transportiert, wo nur noch der Tod festgestellt werden konnte. Die Obduktion ergab Tod infolge E 605-Vergiftung. Bei späteren Ermittlungen fanden sich in der Wohnung Abschiedsbriefe.

Der Zeitraum zwischen der Konsultation des Bereitschaftsarztes und dem Eintritt des Todes betrug bei den 25 Fällen zwischen einer knappen Stunde und drei Wochen. Dabei ist in 2 Fällen eine mehrtägige Krankenhausbehandlung mit eingeschlossen.

TABELLE 9:

Zeitspanne zwischen der Konsultation des Bereitschaftsarztes und dem Tod. Da bei einigen Fällen ein weiterer Bereitschaftsarzt zugezogen war, ergibt sich eine größere Summe als 25.

Zeitspanne	Fallzahl
0 Stunden bis 12 Stunden	18
12 Stunden bis 24 Stunden	3
1 Tag bis 3 Tage	5
3 Tage bis 3 Wochen	4
	30

In 20 Fällen wurde nur ein Bereitschaftsarzt konsultiert, in 4 Fällen wurde zweimal ein Bereitschaftsarzt beansprucht, und in einem Fall wurde sogar dreimal ein Bereitschaftsarzt hinzugezogen.

Ein behandelnder Arzt war bei 11 der Patienten bekannt, allerdings war dieser von zweien schon sehr lange nicht mehr aufgesucht worden.

In 9 Fällen finden sich keine Angaben in den Akten, ob ein behandelnder Arzt vorhanden war.

In 5 Fällen hatten die Verstorbenen keinen behandelnden Arzt.

Bemerkenswert ist ferner, daß sich in 5 Fällen die Kranken geweigert hatten, sich ärztlich behandeln oder in ein Krankenhaus einweisen zu lassen. Zwei dieser Kranken hatten keinen behandelnden Arzt, ihre Weigerung richtete sich gegen die Anordnung eines Bereitschaftsarztes.

Nachdem sich eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingestellt hatte, wurde aber erneut ein Bereitschaftsarzt hinzugezogen.

In einem Fall veranlaßte einige Tage nach der Konsultation des Bereitschaftsarztes der frühere behandelnde Arzt die Einweisung in ein Krankenhaus, obwohl sich der Kranke gegen jede ärztliche Behandlung gewehrt hatte.

Bei 2 Fällen wurde der Bereitschaftsarzt hinzugezogen, nachdem kurz zuvor eine Untersuchung in einem Krankenhaus erfolgt war. Beide Male verließen sich die Bereitschaftsärzte auf die Diagnose des Krankenhauses. So wurde in einem Fall ein erneutes Aufsuchen des Patienten abgelehnt, und in dem anderen Fall wurde ein Schädelbruch für unmöglich gehalten.

Die Aufnahme der amtlichen Ermittlungen erfolgte in den meisten Fällen wegen der Angabe "unbekannte Todesursache" auf dem Leichenschauschein.

TABELLE 10:

Gründe für die Aufnahme des
Ermittlungsverfahrens:

unbekannte Todesursache	18 Fälle
Verdacht der fahrlässigen Tötung eines Kindes	2 Fälle
fahrlässiger Körperverletzung mit Todesfolge	2 Fälle
unterlassene Hilfeleistung durch den Ehemann	1 Fall
unterlassene Hilfeleistung durch den Bereitschaftsarzt	1 Fall
fahrlässiger Tötung durch den Bereitschaftsarzt	1 Fall

Aufgrund der Angaben in den Ermittlungsakten lassen sich die 18 Fälle, in denen die Ermittlungen nur wegen der Angabe "unbekannte Todesursache" auf dem Leichenschauschein aufgenommen waren, weiter aufgliedern:

2 Fälle	zur Klärung einer evtl. Vergiftung,
1 Fall	wegen des Verdachts eines Fremdverschuldens an dem Tod,
4 Fälle	in denen der Bereitschaftsarzt im Laufe der Ermittlungen der fahrlässigen Tötung beschuldigt wurde,
1 Fall	einer Beschuldigung des Bereitschaftsarztes, eine sofortige Krankenhauseinweisung unterlassen zu haben,
1 Fall	in dem der erste konsultierte Bereitschaftsarzt eine Krankenhauseinweisung abgelehnt hatte,
1 Fall	mit einem Vermerk der Kriminalpolizei im Leichenbericht: es wäre noch zu prüfen, ob der Bereitschaftsarzt verpflichtet gewesen wäre, den Magen auszuhebern.

In 8 Fällen fanden sich keine zusätzlichen Gesichtspunkte während der Ermittlungen.

Bei 5 von den 18 Fällen, in denen die Ermittlungen anfangs nur allgemein zur Klärung der Todesursache und um ein Fremdverschulden auszuschließen, aufgenommen worden waren, wurde im Laufe der Ermittlungen ein Vorwurf oder eine Anschuldigung gegen den Bereitschaftsarzt erhoben.

In 4 Fällen wurde der Vorwurf der fahrlässigen Tötung erhoben.

In einem Fall wurde der Bereitschaftsarzt durch eine Nachbarin des verstorbenen Patienten angeschuldigt, eine sofortige Krankenhauseinweisung unterlassen zu haben. Diese Beschuldigungen wurden in 2 Fällen von der Ermittlungsbehörde und in 3 Fällen seitens der Angehörigen der Verstorbenen erhoben.

Außerdem fand sich in einem weiteren Fall der Aktenvermerk, es wäre zu prüfen, ob der Bereitschaftsarzt verpflichtet gewesen wäre, den Magen auszuhebern. Im Laufe der Ermittlungen wurde diese Bemerkung nicht weiter beachtet.

Es wurde also in insgesamt 7 von den 25 Fällen, in denen kurze Zeit vor dem Tod der Person eine Konsultation des Bereitschaftsarztes erfolgt war, dieser Bereitschaftsarzt beschuldigt, falsche bzw. ungenügende ärztliche Maßnahmen ergriffen

zu haben und somit am Tode dieser Patienten Schuld zu haben.

In 4 Fällen lautete die Beschuldigung fahrlässige Tötung und in 3 Fällen unterlassene Hilfeleistung.

Nur in 5 dieser Fälle wurde während der Ermittlungen der Bereitschaftsarzt vernommen. In einem Fall (Nr. 5) begnügte man sich mit den Aussagen des behandelnden Arztes und eines vorbehandelnden Bereitschaftsarztes. Der im Ermittlungsverfahren angeschuldigte Bereitschaftsarzt wurde nicht gehört.

In einem anderen Fall (Nr. 9) hatte der Ehemann seine Anzeige gegen den Bereitschaftsarzt wegen fahrlässiger Tötung am nächsten Tag wieder zurückgezogen. In diesem Fall wurde der Arzt auch nicht vernommen.

In insgesamt 12 der 25 Fälle war im Laufe der Ermittlungen ein Arzt vernommen worden, der den Verstorbenen behandelt hatte. Nur in 10 Fällen wurde der Bereitschaftsarzt gehört, der noch kurze Zeit vor dem Tod konsultiert worden war.

In einem Fall (Nr. 3) beschränkte man sich auf die Aussage des behandelnden Arztes.

In einem dieser Fälle hatte man versucht, den Bereitschaftsarzt zu erreichen, man gab sich jedoch mit einer telefonischen Auskunft aus der Praxis dieses Arztes zufrieden.

In einem anderen Fall wurde neben dem behandelnden Arzt noch ein vorbehandelnder Bereitschaftsarzt befragt. In 3 Fällen wurde sowohl der Bereitschaftsarzt als auch der behandelnde Arzt vernommen. Nur in einem Fall (Nr. 10) wurde im Laufe des Ermittlungsverfahrens ein medizinischer Sachverständiger zu Vernehmungen hinzugezogen.

In allen 25 Fällen wurden die Ermittlungen eingestellt, ohne daß Anklage erhoben worden war.

Bei 17 der 25 Fälle konnte im Krankenhaus nur noch der Tod festgestellt werden, oder er trat kurze Zeit nach der Einlieferung ein.

Nur in 6 Fällen erfolgte der Transport ins Krankenhaus auf Anweisung des Arztes (in 4 Fällen des Bereitschaftsarztes, in 2 Fällen des nachbehandelnden Arztes).

Bei den verbleibenden 11 Fällen wurde der Transport auf Initiative der Angehörigen des Kranken durchgeführt, die aufgrund des lebensbedrohlichen Zustandes nicht mehr das erneute Eintreffen eines Arztes abwarten mochten. Die Kranken wurden mit Hilfe der Feuerwehr oder in privaten Fahrzeugen unverzüglich in ein Krankenhaus transportiert.

Der Tod wurde in 13 Fällen bereits bei der Einlieferung in das Krankenhaus oder kurze Zeit darauf festgestellt.

In 4 Fällen trat der Tod nach einem Aufenthalt von einigen Tagen im Krankenhaus ein.

Bis auf einen Fall, wo der Tod auf dem Polizeirevier eingetreten war, wurde bei den übrigen 7 Fällen der Tod in der Wohnung der Verstorbenen festgestellt.

Das Approbationsalter konnte bei 23 der in den Gerichtsakten erwähnten Bereitschaftsärzte festgestellt werden. Es betrug zum Zeitpunkt der hier erwähnten Tätigkeit als Bereitschaftsarzt zwischen 1 und 48 Jahren.

Im Durchschnitt besaßen die Bereitschaftsärzte seit 15 Jahren ihre Approbation.

D I S K U S S I O N

An Sonn- und Feiertagen sowie des Nachts ist zur Sicherstellung der Krankenversorgung eine Ärztliche Notfallvertretung erforderlich. Nur dann ist es dem niedergelassenen Arzt möglich, die auch in diesem Berufsstand erforderliche Zeit zum Ausruhen und zur Entspannung zu erlangen.

Die gute Organisation eines Ärztlichen Notfalldienstes bedeutet eine möglichst seltene Beanspruchung des niedergelassenen Arztes durch den Bereitschaftsdienst, ohne eine spürbare Lücke in der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung während der sprechstundenfreien Zeiten eintreten zu lassen. Um dieses Ziel zu erreichen, sind alle Mittel der Organisation auszunutzen.

Bei dem Ärztlichen Notfalldienst liegt eine besondere Problematik darin, daß durch eine solche Organisation einerseits eine notwendige Entlastung der niedergelassenen Ärzte erreicht, andererseits aber eine mindestens ausreichende, gleichmäßige ärztliche Versorgung der Bevölkerung gewährleistet werden soll. So finden sich vielfältige Überschneidungen von medizinischen und organisatorischen Problemen.

Die Untersuchung zeigt, daß durch eine gute Organisation des Ärztlichen Notfalldienstes die ärztliche Versorgung der Bevölkerung einer 2,2-Millionen-Stadt in der sprechstundenfreien Zeit mit 11-14 Ärzten durchzuführen ist, ohne daß es dabei zu längeren Wartezeiten kommt.

Allerdings wäre die Zahl von 11-14 Bereitschaftsärzten für die Bevölkerung von West-Berlin nicht ausreichend, wenn nicht die niedergelassenen Ärzte einen großen Teil ihrer Patienten auch außerhalb der Sprechstunden weiterbetreuen würden ¹⁾. Letztlich bleibt es jedem Arzt überlassen, ob er seine Patienten außerhalb seiner Sprechzeiten durch den Ärztlichen Notfalldienst versorgen lassen oder ob er weiterhin für seine Patienten zur Verfügung stehen will. Da sich die meisten Patienten immer erst an ihren behandelnden Arzt wenden ²⁾, kann er erreichbar sein oder aber durch den telefonischen Auftragsdienst oder einen automatischen Anrufbeantworter auf den Ärztlichen Notfalldienst verweisen.

Durch die straffe Organisation des Ärztlichen Notfalldienstes in West-Berlin mit einer Telefonzentrale und einer ständigen funktelefonischen Verbindung zu den Bereitschaftsärzten wird eine große Effektivität erreicht. Diese Effektivität wird unter-

1) Dtsch. Ärztebl. 18 (1967) S. 969

2) Berl. Ärztebl. 9 (1967) S. 422

stützt durch die Anwesenheit eines Arztes in der Telefonzentrale während der Zeit der stärksten Inanspruchnahme des Ärztlichen Notfalldienstes. Dadurch ist es möglich, besonders dringliche Fälle vorzuziehen und anscheinend weniger eilige Besuchsanforderungen zurückzustellen oder diese Kranken auf den nächsten Tag und an ihren behandelnden Arzt zu verweisen.

Die Organisation des Ärztlichen Bereitschafts- oder Notfalldienstes wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Ärztekammern oder beiden Organisationen gemeinsam durchgeführt.

Im Saarland ist das Saarländische Ärzte-Syndikat und in Westfalen sind die örtlichen Ärztevereine die Träger des Ärztlichen Notfalldienstes. In kleineren Orten erfolgt die Organisation durch Absprache unter den ansässigen niedergelassenen Ärzten.

In einigen Bundesländern besteht aufgrund eines dem § 19 der Musterberufsordnung für Ärzte (s. Anhang) entsprechenden Paragraphen in der Berufsordnung für jeden niedergelassenen Arzt die Verpflichtung zur Teilnahme am Ärztlichen Notfalldienst.

In diesen Ländern ist mesitens die Ärztekammer Träger der Organisation (KUHNS). Außerdem läßt sich aufgrund der §§ 182, 368 g RVO und des

Bundesmantelvertrags (§ 6) für die Kassenärztliche Vereinigung die rechtliche Grundlage für die Verpflichtung der niedergelassenen Kassenärzte zur Teilnahme am Ärztlichen Notfalldienst ableiten. In beiden Fällen ist grundsätzlich jeder niedergelassene Arzt ohne Rücksicht auf seine Spezialisierung zur Teilnahme am Ärztlichen Notfalldienst verpflichtet (HESS). Eine Befreiung von diesem Dienst wird nur in Ausnahmefällen ausgesprochen. Ärztinnen über 60 Jahre und Ärzte über 65 Jahre können sich befreien lassen. Außerdem gelten eine Schwerbeschädigung von mindestens 70 % mit nachweislicher Einschränkung der Berufstätigkeit, Krankheit schwerer Art (mit Attest), Schwangerschaft und Zustand post partum als Befreiungsgründe ¹⁾.

Die generelle Verpflichtung zur Teilnahme am allgemeinen Ärztlichen Notfalldienst wurde nicht widerspruchsflos hingenommen. So wird auf der einen Seite - mit dem Hinweis auf die Spezialisierung und eine dadurch bedingte mangelnde allgemeinmedizinische Erfahrung - eine Bereitschaftspflicht für den Facharzt nur innerhalb seines Spezialgebietes verlangt (SCHMELCHER). In verschiedenen Gerichtsur-

¹⁾ Berl. Ärztebl. 16 (1967) S. 794 - 797

teilen wurde den gegen die Bereitschaftspflicht klagenden Fachärzten diese Verpflichtung zur Teilnahme am allgemeinen Ärztlichen Notfalldienst bestätigt. In den Begründungen hieß es u.a.: Grundsätzlich solle jeder approbierte Arzt, ohne Rücksicht auf seine Fachrichtung, über die Fähigkeit verfügen, die zur ärztlichen Betreuung von Notfällen erforderlich ist ¹⁾, und es könne nicht anerkannt werden, daß mit der ärztlichen Weiterbildung des Facharztes die elementare ärztliche Fähigkeit und das ärztliche Grundwissen beeinträchtigt werden ²⁾.

In einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes ³⁾ wurde eine mittlere Lösung gefunden. Im Einzelfall muß der Arzt vom allgemeinen Ärztlichen Notfalldienst befreit werden, wenn er aus Gewissensgründen sich nicht mehr in der Lage sieht, den Bereitschaftsdienst zu versehen. Hier muß der in Artikel 2 des Grundgesetzes gewährleistete Schutz der Persönlichkeit, zu dem auch die Freiheit der ärztlichen Gewissensentscheidung gehört, gewahrt bleiben.

Der Zweck der Notfallvertretung, die notwendige ärztliche Versorgung der Bevölkerung zu den sprechstundenfreien Zeiten sicherzustellen und gleichzeitig den

1) Sozialgericht Hamburg in Dtsch. Ärztebl. 7 (1964) S. 404

2) Verwaltungsgericht Koblenz, 2. Kammer, Urteil vom 10.1.1964, Akt.). 2K 85/63, 2 K 131/63

3) BVerwG, Urteil vom 13.7.1967 Akt.Z. I C 9/66

dienstfreien Ärzten eine Erholung zu ermöglichen, ist nur dann gewährleistet, wenn der Ärztliche Notfalldienst möglichst wirksam eingerichtet wird. Je mehr Ärzte an einem solchen Dienst teilnehmen, um so weniger wird der einzelne Arzt mit diesem Dienst belastet ¹⁾.

Die Befreiung von der Teilnahme am Ärztlichen Notfalldienst ist im Interesse der verpflichteten Ärzte in engen Grenzen zu halten. Allerdings sollte in Anbetracht einer guten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung der nicht im praktischen Dienst fortgebildete Spezialist, d.h. der nicht kurativ tätige Facharzt (Röntgenologe, Laborarzt) oder der stark spezialisierte Facharzt (z.B. Augenarzt), auf Antrag von der Teilnahme am allgemeinen Ärztlichen Notfalldienst befreit werden, wenn er sich eine allgemeinmedizinische Tätigkeit aus Gewissensgründen nicht mehr zutraut. Die vorsorgliche Einweisung jedes etwas unklaren Falles in ein Krankenhaus, nur weil der betreffende Bereitschaftsarzt aufgrund seiner Spezialisierung sich in der allgemeinen Medizin nicht mehr sicher fühlt, ist nicht durchführbar. Einmal wäre es eine nicht zu verantwortende Mehrbelastung für den Kostenträger und zum anderen eine unzumutbare Mehrarbeit für die Bereitschaftsärzte in den Krankenhäusern, besonders, da bei dem heute

¹⁾ OVerwG Münster, Urteil vom 14.5.1964,
Akt.Z. VIII A 288/63

allgemein herrschenden Bettenmangel die Patienten nochmals untersucht werden und im Falle einer leichteren Erkrankung wieder nach Hause zurückgeschickt werden müssen. Es sollte angestrebt werden, die Last des Bereitschaftsdienstes auf möglichst viele Ärzte zu verteilen. Das bedeutet, daß auch die Fachärzte hinzugezogen werden müssen, schließlich sind fast 50 % der niedergelassenen Ärzte Fachärzte ¹⁾. Einen speziellen Facharztnotfalldienst für die einzelnen Spezialfächer einzurichten, erscheint wenig wirkungsvoll und würde nur einen häufigeren Bereitschaftsdienst der im allgemeinen Ärztlichen Notfalldienst als auch der im Fachärztlichen Notfalldienst tätigen Ärzte bedeuten. Durch die Einrichtung eines Bereitschaftsdienstes für Fachärzte würde sich keine Entlastung im allgemeinen Ärztlichen Notfalldienst ergeben. Der Kranke würde doch in den meisten Fällen erst den allgemeinen Bereitschaftsarzt konsultieren, der erst nach einer Untersuchung entscheiden würde, ob ein Spezialist hinzuzuziehen sei. Dem Kranken selbst die Entscheidung zu überlassen, würde nur zu einer heillosen Verwirrung führen.

Für den Kranken, der den Ärztlichen Notfalldienst in Anspruch nimmt, entfällt die freie Arztwahl, da er

¹⁾ in Berlin 43,5 % (Statistisches Landesamt Berlin)

nur den für seinen Bezirk/Ort zuständigen Bereitschaftsarzt erreichen kann. Diese Einschränkung sollte aber in Hinblick auf die Möglichkeit, zu jeder Zeit und relativ kurzfristig einen Arzt erreichen zu können, in Kauf genommen werden. Dafür besteht seitens des Arztes während des Bereitschaftsdienstes eine Kurierpflicht. Außerdem handelt es sich nur um die einmalige Notfallbehandlung, die weitere Behandlung wird von dem frei gewählten Arzt durchgeführt ¹⁾.

Bei der geringen Zahl von 11-14 Bereitschaftsärzten pro Bereitschaftsdienst in West-Berlin und dadurch, daß hier jeder niedergelassene Kassenarzt zur Teilnahme am Ärztlichen Notfalldienst verpflichtet ist, wird der einzelne Arzt nur relativ selten zum Bereitschaftsdienst herangezogen. Trotzdem zeigte sich bei einer Aufstellung des Bereitschaftsdienstes im September 1966, daß 57 % der Dienste von einem Vertreter des eingeteilten niedergelassenen Arztes ausgeführt wurden. Das bedeutet, daß ein großer Teil der Ärzte die Last des Bereitschaftsdienstes abzugeben wünscht. Durch die starke Belastung, die eine Sprechstunde und die dazugehörenden Hausbesuche mitsichbringen, ist es zu erklären, daß zahlreiche niedergelassene Ärzte bestrebt sind, für den Ärztlichen Notfalldienst einen Vertreter zu finden.

¹⁾ § 19 der Musterberufsordnung für Ärzte (s. Anhang)

Bei den Vertretern handelt es sich nur zu einem kleinen Teil um junge niedergelassene Ärzte. Zum überwiegenden Teil sind es approbierte Ärzte aus den Berliner Krankenhäusern.

Für das Tätigwerden im Bereitschaftsdienst ist die Bestallung als Arzt oder die uneingeschränkte Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes erforderlich ¹⁾. Die Assistenzärzte dürfen eine Nebentätigkeit grundsätzlich nur mit Zustimmung der Leitung des Krankenhauses, an dem sie beschäftigt sind, ausüben. Es hat sich jedoch stillschweigend eingebürgert, daß Assistenzärzte gelegentlich Vertretungen von niedergelassenen Ärzten im Bereitschaftsdienst übernehmen ²⁾. Der Assistenzarzt wird dabei als Vertreter des Kassenarztes im Ärztlichen Notfalldienst tätig. Er trifft seine Entscheidungen unabhängig und in eigener Verantwortung ¹⁾. Außerdem haftet noch der Kassenarzt für die Erfüllung der kassenärztlichen Pflichten durch seinen Vertreter im gleichen Umfang wie für die eigene Tätigkeit. Durch die Übernahme eines Bereitschaftsdienstes besteht eine gesteigerte Fürsorgepflicht für den während dieser Zeit übertragenen Patientenkreis (KUHNS).

¹⁾ Bestimmung über die Durchführung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes Nr. 1, Mitteilungsblatt der KV Berlin, Sept. 1964, S. 312

²⁾ Vermerk bei der richterlichen Vernehmung eines im Bereitschaftsdienst tätig gewordenen Assistenzarztes. Ermittlungsverfahren 1 Kap Js 828/64, Sekt.-Nr.450/64
353 GS 770/64

Die Inanspruchnahme des Ärztlichen Notfalldienstes soll allein auf den medizinischen Notfall beschränkt sein. Um das auch in der Bevölkerung deutlich werden zu lassen, erfolgte in Berlin ab 1. Juli 1966 die Umbenennung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes in den Ärztlichen Notfalldienst. Es wird dabei von den Kranken und ihren Angehörigen eine kritische Beurteilung des Gesundheitszustandes verlangt. Für nicht gerechtfertigte Inanspruchnahmen besteht kein Versicherungsschutz (§ 368 e RVO), das heißt, daß diese Besuche privat zu bezahlen sind ¹⁾. Die Entscheidung, ob es sich im einzelnen Fall um einen Notfall handelt, ist von medizinischen Laien zu treffen. Es muß daran ein weiter Rahmen gelegt werden, und es ist verständlich, wenn im Zweifelsfall oder nur aus Übersicht und auch Überängstlichkeit der Notarzt zu weniger dringenden Fällen gerufen wird.

Unter dem medizinischen Notfall ist eine plötzliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verstehen, die ein sofortiges ärztliches Eingreifen unabdingbar macht ²⁾.

Die Problematik für den Bereitschaftsarzt liegt darin, daß er in den meisten Fällen zu ihm völlig frem-

¹⁾ Mitteilungsbl. d. Kassenärztlichen Vereinigung Berlin 2 (1963) S. 31

²⁾ Art. I, Abs. 2 der am 21.12.1963 beschlossenen Grundsätze zur Regelung der Ärztlichen Notfallvertretung.
OVerwG Münster, Urteil v. 17.12.1964 in Dtsch. Ärztebl. 35 (1965) S. 1855

den Menschen in der Ausnahmesituation einer plötzlichen, erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes gerufen wird. In dieser Situation ist eine Anamnese nur sehr mangelhaft zu erheben, gelegentlich muß sogar darauf verzichtet werden. Zur Untersuchung stehen im wesentlichen die Möglichkeiten der Inspektion, Palpation und Auskultation zur Verfügung. In fraglichen Fällen besteht die Möglichkeit einer Krankenhauseinweisung (es sei denn, es besteht ausnahmsweise zusätzlich ein entsprechender Fachärztlicher Notfalldienst), von der aber wegen der beschränkten Bettenkapazität der Krankenhäuser nur in wirklich dringenden Fällen Gebrauch gemacht werden sollte.

Bei den 25 ausgewerteten Fällen, in denen nach der Behandlung durch einen Bereitschaftsarzt der Tod eingetreten war, handelte es sich entweder um eine Fehldiagnose oder eine falsche Beurteilung der Schwere der Erkrankung und ihres Verlaufs. Dabei sind zwei große Gruppen zu unterscheiden. Zur ersten gehören die Fälle, bei denen es innerhalb kurzer Zeit aus relativem Wohlbefinden zur Erkrankung und wenig später zum Tod des Patienten gekommen war. Es bestand kein langes Krankenlager. Der Bereitschaftsarzt war oft der einzige hinzugezogene Arzt, und der Tod trat kurze Zeit nach der Konsultation des Arztes ein. Typische Vertreter dieser Kategorie sind die Fälle der Gruppe I: Coronar-

insuffizienz. Demgegenüber stehen die Fälle der zweiten Kategorie. Hier kam es erst im Laufe eines längeren Krankenlagers zu einer zunehmenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes. In diesen Fällen bestand immer nur eine mangelhafte ärztliche Versorgung der Kranken, sei es, daß ärztliche Ratschläge nicht befolgt worden waren oder eine ärztliche Behandlung bisher ganz abgelehnt worden war. In einigen Fällen war der Bereitschaftsarzt der einzige hinzugezogene Arzt. Teilweise wurde der Ärztliche Notfalldienst mehrmals von demselben Patienten in Anspruch genommen.

Die für die zweite Kategorie typischen Fälle finden sich in der Gruppe II: Pneumonie, der Gruppe III: Lungenembolie und der Gruppe V: Erkrankungen des Abdomens.

Die Einteilung der Fälle nach den Todesursachen laut Obduktionsbefund zeigt innerhalb der einzelnen Gruppen ausgeprägte Gemeinsamkeiten in der Anamnese, der Art der Behandlung und des Verlaufs.

Die Gruppe I: Coronarinsuffizienz ist die einheitlichste Gruppe. In keinem Fall erfolgte die Konsultation des Bereitschaftsarztes wegen Herzbeschwerden. Die Menschen erkrankten sehr plötzlich, sie fühlten sich längstens wenige Tage krank. Erst als heftige Schmerzen auftraten wurde der Bereitschaftsarzt gerufen. Die Kranken wurden allein unter den Diagnosen

Gastritis, Gallenkolik oder Magengeschwür behandelt. Sie erhielten ausschließlich schmerzstillende Medikamente.

Nur in einem Fall ergab die gerichtliche Leichenöffnung neben dem Coronarbefund zahlreiche Abszesse und einen Tumor im Pankreas. Die geklagten Beschwerden waren Ausdruck einer typisch maskierten Coronarinsuffizienz (HEGGLIN, HEILMEYER, STURM, DENNIG u.a.)

Differenzialdiagnostisch hätte an eine Coronarinsuffizienz gedacht werden müssen, auch wenn es sich zum Teil um recht junge Menschen (28 und 31 Jahre) gehandelt hat. Die Coronarsklerose kommt bei den Menschen in jedem Lebensalter vor (SCHIMERT, SCHIMMLER, SCHWALB, EBERT-MÜNCHEN).

In der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes findet sich für das Jahr 1958 unter der Position 455 bei den 25-30jährigen Männern in 3,1 % und bei den 30-35jährigen Männern sogar in 6,9 % Erkrankungen der Coronargefäße als Todesursache (SCHETTLER). Der Tod trat bei den Fällen der Gruppe I innerhalb von 1 bis 17 Stunden nach der Konsultation des Bereitschaftsarztes ein. Dieser schnelle letale Verlauf läßt es sehr zweifelhaft erscheinen, ob auch bei unverzüglicher Krankenhauseinweisung und sofortiger entsprechender Behandlung der Tod abzuwenden gewesen wäre. Schließlich beträgt die Mortalitätsziffer beim Myocardinfarkt 26,9 % (SCHINDLEBECK) bzw. 25 % (FREY u. KOLB), und in

60 % aller Todesfälle tritt in den ersten Stunden nach Beginn der Infarktsymptomatik der Tod ein (PIPPIG).

Die Todesursache bei den 6 Fällen der Gruppe II war eine Pneumonie. Dabei handelte es sich um eine sekundäre Pneumonie als Folge einer seit längerer Zeit bestehenden gesundheitlichen Vorschädigung. In 3 Fällen handelte es sich um längeren Alkoholabusus, in 2 Fällen um den Zustand nach Suicidversuch mit Schlafmitteln. Dieser Eintritt der typischen, in diesen Fällen zum Tode führenden Komplikation, dürfte das Fehlen einer geeigneten ständigen ärztlichen Behandlung von Bedeutung gewesen sein. Eine einmalige Behandlung durch den Bereitschaftsarzt war in diesen Fällen nicht ausreichend.

Der Zustand der Kranken hätte eine klinische Behandlung erforderlich gemacht. Bei dem stark reduzierten Allgemeinzustand der Kranken dieser Fallgruppe hatte sich die Pneumonie sehr rasch entwickelt, so daß zum Zeitpunkt der Untersuchung durch den Bereitschaftsarzt wahrscheinlich noch keine entsprechende Symptomatik festzustellen war.

In 3 Fällen trat die Pneumonie nach längerem erheblichen Alkoholabusus ein. Zusätzlich handelte es sich in 2 Fällen noch um verwahrloste Menschen, die eine ihnen zuvor angeratene Krankenhausbehandlung abgelehnt hatten. Es bestand schon seit längerer Zeit ein allgemeines Unwohlsein, aber erst eine weitere erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes war der Anlaß für die Konsultation des

Bereitschaftsarztes. Es wurden nur allgemeine, unbestimmte Beschwerden angegeben. So nahm der Bereitschaftsarzt nur einen Zustand nach Alkoholabusus an und verabreichte entsprechende Medikamente. Retrospektiv kann aber angenommen werden, daß die geklagten Beschwerden Ausdruck der beginnenden Pneumonie gewesen sind.

Bei dem 6. Fall dieser Gruppe handelte es sich um einen Schenkelhalsbruch bei einer 79 Jahre alten Frau, der vom Bereitschaftsarzt und danach auch vom Hausarzt als Hüftprellung diagnostiziert wurde. Der Tod trat später, nach längerem Krankenhausaufenthalt an der in diesen Fällen häufigen Komplikation der hypostatischen Pneumonie ein. Die Symptomatik der Pneumonie dürfte zum Zeitpunkt der Konsultation des Bereitschaftsarztes sicher noch nicht vorhanden gewesen sein. Die Diagnose Schenkelhalsbruch wurde in diesem Fall nicht gestellt.

Im Verlauf ähnlich waren die Fälle der Gruppe III: Lungenembolie. Es bestand ein längeres Krankenlager, und eine ärztliche Behandlung bzw. eine Krankenhauseinweisung wurde bisher abgelehnt. Erst eine weitere erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes veranlaßte die Inanspruchnahme des Ärztlichen Notfalldienstes. Die zuletzt akut hinzugetretenen Beschwerden müssen als Ausdruck der Lungenembolie ge-

gewertet werden, die jedoch von dem jeweiligen Bereitschaftsarzt nicht erkannt wurde. So beschränkte sich der eine Arzt auf die Gabe von Analgetica, während im Fall 7 der Arzt ein erneutes Kommen ablehnte, da inzwischen eine Untersuchung in einem Krankenhaus erfolgt war, von der er telefonisch erfahren hatte, daß kein krankhafter Befund zu erheben gewesen sei und der Patient deswegen wieder nach Hause entlassen worden sei.

Bei den fast identischen 2 Fällen der Gruppe IV: intracranielle Schäden, bestand die Aufgabe des Bereitschaftsarztes in der Begutachtung von hilflosen Personen auf ihre Haftfähigkeit. In beiden Fällen wurde die Hilflosigkeit und Benommenheit voreilig allein auf die Einwirkung von Alkohol zurückgeführt. SCHLEYER hat nachdrücklich auf die Möglichkeit des Zusammentreffens von Trunkenheit mit einem Schädel-Hirn-Trauma hingewiesen. Die mannigfachen cerebralen organischen und psychopathologischen Symptome sind häufig lediglich Ausdruck und Folge einer allgemeinen und unspezifischen Hirnfunktionsstörung und gestatten keine unmittelbare Entscheidung über die überwiegende und das Zustandsbild bestimmende Schädigung. Auch kann bei einer bestehenden gesundheitlichen Vorschädigung, z.B. chronischer Herzmuskelschaden, eine relativ geringe Alkoholmenge schon zum Tode führen (KEILBACH).

Die besondere Schwierigkeit der Diagnostik und des zu erwartenden Verlaufs zeigt der Fall 10. Die Ermittlungen und insbesondere das ausführliche gerichtsmedizinische Gutachten ergaben, daß dem Bereitschaftsarzt bezüglich der Sorgfalt seiner Untersuchungen und der daraufhin getroffenen Maßnahmen kein Vorwurf zu machen war. Die Eltern des Kindes hielten die Maßnahmen des Arztes jedoch für unzureichend und behandelten ihr Kind selbst, ohne erneut einen Arzt hinzuzuziehen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung durch den Bereitschaftsarzt war in diesem Fall die Diagnose - selbst für einen erfahrenen Facharzt - kaum zu stellen.

Im Fall 11 hätten die Symptome und der Verlauf an die Möglichkeit eines Briden-Ileus denken lassen müssen. Da der Bereitschaftsarzt aufgrund seiner Untersuchungen keine akute Lebensgefahr annahm und sich das Kind in laufender ärztlicher Behandlung befand, beschränkte sich der Bereitschaftsarzt auch in diesem Fall auf eine rein symptomatische Behandlung. Gerade bei Kindern ist der Arzt auf die Mitarbeit der Angehörigen angewiesen. Sie teilen dem Arzt die Anamnese mit, sie müssen die Pflege übernehmen, sollen den Krankheitsverlauf kontrollieren und müssen entscheiden, ob erneut ein Arzt hinzugezogen werden soll. Deshalb sollten sie von dem jeweiligen Arzt besonders informiert werden und darauf aufmerksam gemacht werden, daß der Hausarzt zur nächsten Sprechstunden unbedingt aufgesucht werden sollte. Bei einer weiteren Verschlechterung sollte der Bereitschaftsarzt unverzüglich noch einmal konsultiert werden.

Ähnlich wie bei den Gruppen II und III bestand bei der Gruppe V: Erkrankungen des Abdomens seit längerer Zeit eine nur ungenügend behandelte Erkrankung.

Als es dann zu einer erheblichen Verschlechterung des Allgemeinzustandes und zu starken Schmerzen gekommen war, wurde der Bereitschaftsarzt gerufen. In einem Fall war eine Krankenhauseinweisung bereits einmal abgelehnt worden, so beschränkte sich der Bereitschaftsarzt nur auf eine symptomatische Therapie. Der bedrohliche Zustand, in dem sich beide Kranken befanden, hätte eine sofortige Krankenhauseinweisung erforderlich gemacht.

Für die Zusammenstellung der Gruppe VI: Erkrankungen bei Kleinkindern, galt als Kriterium nicht die durch die gerichtliche Obduktion festgestellte Todesursache. Die für einen Nichtpädiater wenig differenziierten Symptome bei kranken Kleinkindern, immer verbunden mit der Möglichkeit eines foudroyanten Verlaufs, machen ihre Behandlung im Ärztlichen Notfalldienst zu einem besonderen Problem, so daß diese Fälle in einer besonderen Gruppe zusammengestellt wurden.

Unter den insgesamt 25 Fällen fanden sich 5 Fälle von Kleinkindern im Alter zwischen 7,5 Monaten und 3 Jahren. Eine Aufstellung vom Juni 1964 in 8 West-Berliner Bezirken zeigt, daß in 16 % aller Inanspruchnahmen der Bereitschaftsarzt zur Behandlung von Kindern im Alter bis zu 6 Jahren gerufen wurde.

Die besondere Schwierigkeit der Diagnostik und des zu erwartenden Verlaufs zeigt der Fall 10. Die Ermittlungen und insbesondere das ausführliche gerichtsmmedizinische Gutachten ergaben, daß dem Bereitschaftsarzt bezüglich der Sorgfalt seiner Untersuchungen und der daraufhin getroffenen Maßnahmen kein Vorwurf zu machen war. Die Eltern des Kindes hielten die Maßnahmen des Arztes jedoch für unzureichend und behandelten ihr Kind selbst, ohne erneut einen Arzt hinzuzuziehen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung durch den Bereitschaftsarzt war in diesem Fall die Diagnose - selbst für einen erfahrenen Facharzt - kaum zu stellen.

Im Fall 11 hätten die Symptome und der Verlauf an die Möglichkeit eines Briden-Ileus denken lassen müssen. Da der Bereitschaftsarzt aufgrund seiner Untersuchungen keine akute Lebensgefahr annahm und sich das Kind in laufender ärztlicher Behandlung befand, beschränkte sich der Bereitschaftsarzt auch in diesem Fall auf eine rein symptomatische Behandlung. Gerade bei Kindern ist der Arzt auf die Mitarbeit der Angehörigen angewiesen. Sie teilen dem Arzt die Anamnese mit, sie müssen die Pflege übernehmen, sollen den Krankheitsverlauf kontrollieren und müssen entscheiden, ob erneut ein Arzt hinzugezogen werden soll. Deshalb sollten sie von dem jeweiligen Arzt besonders informiert werden und darauf aufmerksam gemacht werden, daß der Hausarzt zur nächsten Sprechstunden unbedingt aufgesucht werden sollte. Bei einer weiteren Verschlechterung sollte der Bereitschaftsarzt unverzüglich noch einmal konsultiert werden.

Die Wichtigkeit der Mitarbeit dieser medizinischen Laien und die Notwendigkeit eines Vertrauensverhältnisses, auch zu einem unbekannten Bereitschaftsarzt, zeigt sich in dieser Gruppe besonders deutlich.

In den verbleibenden Fällen zeigt sich noch einmal, wie eine mangelhafte oder gar bewußt falsche Information gerade den Bereitschaftsarzt täuschen kann. So wurde in einem Fall eine Vergiftung für ein Herzversagen gehalten, und im zweiten Fall wurde ein praecoma diabeticum nicht erkannt, weil der behandelnde Bereitschaftsarzt aufgrund einer mangelhaften Information wahrscheinlich einen Zustand nach Genuß von Rauschgift annahm.

Fast in allen Fällen war die zum Tode führende Erkrankung zum Zeitpunkt der Behandlung durch den Bereitschaftsarzt bereits vorhanden. Es handelte sich letztlich immer darum, daß der Bereitschaftsarzt die Art der Erkrankung oder die Schwere des Zustandes verkannt hatte. Eine kritische Beurteilung der ärztlichen Leistung ist allerdings anhand der zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht möglich und kann auch nicht Anliegen dieser Arbeit sein.

Die besondere Situation, in der sich der Kranke befindet, die eingeschränkten Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten, dazu der völlig fremde Patient, sowie die Notwendigkeit, sofort die Diagnose

zu stellen und die entsprechende Behandlung einzuleiten, ohne die Möglichkeit einer längeren Beobachtung zu haben, bringen zwangsläufig Fehlermöglichkeiten mit sich. Zudem haben sich oft mehrere Symptomenkomplexe überlagert und verschleiern den Einblick in das Krankheitsgeschehen (BÜRGER).

In zwei Fällen erfolgte die Untersuchung durch den Bereitschaftsarzt, nachdem zuvor eine Untersuchung in einem Krankenhaus erfolgt war. Dort hatte sich kein Anhalt für eine ernste Erkrankung ergeben, und daraufhin war der Patient wieder nach Hause geschickt worden. In beiden Fällen verließen sich die später hinzugezogenen Bereitschaftsärzte auf die im Krankenhaus gestellte Diagnose. Aus diesem Grund verweigerte der Bereitschaftsarzt im Fall 7 einen erneuten Besuch des Kranken. Im Fall 8 nahm der Bereitschaftsarzt trotz der sehr typischen Symptome keine cerebrale Schädigung an und bescheinigte die Haftfähigkeit. Der allzu vertrauensvolle Glaube an die besseren diagnostischen Möglichkeiten einer Klinik und damit an die Richtigkeit der dort gestellten Diagnosen dürfte hier zu sehr im Vordergrund gestanden haben.

In nicht wenigen Fällen übernimmt der Bereitschaftsarzt die alleinige ärztliche Versorgung der Kranken. So

hatten in 5 Fällen die Kranken keinen behandelnden Arzt, in 2 Fällen war der behandelnde Arzt schon seit langer Zeit nicht mehr aufgesucht worden, und in einem Fall war der behandelnde Arzt selbst krank. In diesen Fällen hatte der Ärztliche Notfalldienst die Rolle des behandelnden Arztes übernehmen müssen, eine Aufgabe, der er durch den ständigen Wechsel der Bereitschaftsärzte, wodurch eine kontinuierliche Verlaufsbeobachtung unmöglich ist, nicht gewachsen ist. Erst die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt sichert die Funktion des Ärztlichen Notfalldienstes hinreichend ab, da die Behandlung durch einen Bereitschaftsarzt immer nur einen vorläufigen Charakter hat. Dabei steht in den meisten Fällen die Entscheidung im Mittelpunkt, ob es sich um eine so schwere Erkrankung handelt, die die Einweisung in ein Krankenhaus notwendig macht oder ob die gesundheitliche Beeinträchtigung weniger bedrohlich ist, so daß eine ambulante Behandlung ausreichend ist.

Der im Notfalldienst tätige Arzt soll sich lediglich auf die Behebung des jeweiligen Notstandes beschränken ¹⁾. Deshalb sollte der behandelnde Arzt, sobald er wieder erreichbar ist, aufgesucht werden um die Behandlung fortzusetzen.

In 10 der 25 Fälle waren nach der Behandlung durch den Bereitschaftsarzt bis zum Eintritt des Todes

¹⁾ VerwG Koblenz, Urteil vom 10.1.1964
Akt.Z. 2K 85/63, 2 K 131/63, S. 7

mehr als 10 Stunden vergangen, in manchen Fällen waren es Tage, in denen es zu keiner Besserung gekommen war, ohne daß erneut ein Arzt konsultiert wurde. In diesen Fällen verließen sich die Kranken oder ihre Angehörigen zu sehr auf die einmalige Behandlung durch den Bereitschaftsarzt.

Die Zahl von 25 unerwarteten Todesfällen nach Inanspruchnahme des Ärztlichen Notfalldienstes innerhalb eines Zeitraumes von 9 Jahren läßt keine statistische Aussage zu. Am Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Freien Universität Berlin werden nur etwa die Hälfte der gerichtlichen Obduktionen in Berlin (West) durchgeführt. Die tatsächliche Zahl vergleichbarer Fälle dürfte somit doppelt so groß sein. Es kann aber angenommen werden, daß es sich bei den eigenen Fällen um eine typische Zusammensetzung bezüglich Situation und Todesursache handelt. Die große Zahl von Todesfällen wegen Coronarschäden erklärt sich durch den schnellen und häufig letalen Verlauf dieser Erkrankungen.

Der Fall Sekt.-Nr. 43/63 zeigt, daß der Bereitschaftsarzt bei der Beurkundung der Todesursache leicht einem Irrtum erliegen kann, zumal er den Verstorbenen zuvor in der Regel nicht zu Gesicht bekommen hat.

Dem gewissenhaften Arzt bleibt im Zweifel nichts an-

deres übrig, dann als Todesursache "unbekannt" anzukreuzen oder Kontakt zu dem zuletzt behandelnden Arzt aufzunehmen.

Eine besondere Problematik findet sich bei den Fällen, wo bisher eine ärztliche Behandlung abgelehnt worden war oder die Kranken eine Einweisung in ein Krankenhaus bisher verweigert hatten.

Bei den zum Tode führenden Erkrankungen handelte es sich meistens um typische Sekundärerkrankungen wie Pneumonie, Lungenembolie bei unzureichend behandeltem Grundleiden und schlechtem Allgemeinzustand. Das Äußere und der Aufenthaltsort wurde in den Akten als verwahrlost bezeichnet. Entsprechend ihrer mangelhaften gesellschaftlichen Verantwortung fehlte diesen Menschen auch die Verantwortung und die Sorgfalt für ihre eigene Gesundheit.

Der Bereitschaftsarzt bleibt in diesen Fällen, wenn er wegen des sehr schlechten Gesundheitszustandes endlich doch noch hinzugezogen wird, oft nur die Möglichkeit einer ambulanten Behandlung. In diesen Fällen, in denen eine mangelhafte ärztliche Betreuung zu erkennen ist, sollte der Bereitschaftsarzt unbedingt versuchen, wenn schon die Krankenhausbehandlung abgelehnt wird, die unbedingt erforderliche ambulante Behandlung zu regeln.

Die Fälle, bei denen der Behandlung durch den Bereitschaftsarzt keine Weiterbehandlung durch den Hausarzt folgte, können als Ausdruck des ungenügenden Erkennens der Möglichkeiten einer einmaligen ambulanten Behandlung von Seiten der Kranken oder der sie pflegenden Angehörigen gewertet werden. Auch die sowohl absolut als auch relativ höhere Zahl von Konsultationen des Ärztlichen Notfalldienstes in Bezirken mit Einwohnern vornehmlich sozial niederer Gesellschaftsschichten ist möglicherweise Ausdruck einer mangelhaften Verantwortung zur eigenen Gesundheit und damit auch eines gestörten Arzt-Patienten-Verhältnisses.

Jede ambulante Behandlung verlangt eine besondere Verantwortlichkeit des Kranken oder der ihn pflegenden Personen. Sie sind es, die den Krankheitsverlauf beobachten und entscheiden müssen, wann erneut der Arzt oder, wenn dieser nicht zu erreichen ist, der Ärztliche Notfalldienst hinzuzuziehen ist. Deshalb sollte nach jeder Inanspruchnahme des Ärztlichen Notfalldienstes zum nächstmöglichen Termin der behandelnde Arzt aufgesucht oder wenigstens benachrichtigt werden. Nur dadurch ist eine ordentliche und medizinisch wirkungsvolle ambulante Behandlung durchzuführen. Der Ärztliche Notfalldienst tritt nur ausnahmsweise, wenn der behandelnde Arzt nicht zu erreichen ist, an seine Stelle.

Eine Benachrichtigung des behandelnden oder des zuständigen Arztes durch den Bereitschaftsarzt ist bei den zahlreichen Patientenbesuchen und der großen Zahl der zuständigen Ärzte kaum durchführbar. Immerhin sollte in bestimmten Fällen, wo eine ärztliche Weiterbehandlung unbedingt erforderlich erscheint, der behandelnde Arzt verständigt werden.

In 4 Fällen zeigte sich ein mangelhaftes Vertrauensverhältnis zu dem Bereitschaftsarzt. Das äußerte sich darin, daß die Maßnahmen des Bereitschaftsarztes nicht für ausreichend gehalten wurden (Fall 9) oder gar, daß die Verabreichung eines Medikaments durch den Bereitschaftsarzt den Tod herbeigeführt haben soll (Fall 11). Diese Zahl erscheint sehr hoch. Sie ist aber durch die besonderen Umstände, die der medizinische Notfall mit sich bringt, den fremden Arzt und auch die besondere Auswahl dieser Fälle zu erklären.

Es kann nicht Aufgabe dieser Arbeit sein, die hier auftretenden juristischen Fragen eingehend zu untersuchen, zumal hier sehr komplizierte strafrechtsdogmatische Probleme auftauchen. Es soll aber versucht werden, die konkreten strafrechtlichen Konsequenzen der ausgewerteten Fälle zusammenfassend zu erörtern und wenigstens die hier in Betracht kommenden Paragraphen des Strafgesetzbuches aufzuführen.

Die Aufnahme der Ermittlungen durch die Generalstaatsanwaltschaft beim Landgericht Berlin erfolgte bei 18 der 25 ausgewerteten Fälle zur Klärung der Todesursache im Hinblick auf die Frage nach dem eventuellen Vorliegen einer fremden Schuld, ohne daß eine bestimmte Person als möglicher Täter ins Auge gefaßt worden war.

Unter den verbleibenden 7 Fällen fanden sich 2 (Fall 7 und Fall 11), bei denen die Ermittlungen zur Klärung einer eventuellen fahrlässigen Tötung bzw. unterlassenen Hilfeleistung durch den Bereitschaftsarzt erfolgte.

Bei 5 von den 18 Fällen, in denen anfangs nur die Ermittlungen zur Klärung der Todesursache und um allgemein ein Fremdverschulden auszuschließen, aufgenommen worden waren, wurde im Laufe der Ermittlungen der Bereitschaftsarzt beschuldigt.

In 4 Fällen wurde der Vorwurf der fahrlässigen Tötung (§ 222 StGB) und in einem Fall der der unterlassenen Hilfeleistung (§ 330 c StGB) erhoben. Die Anschuldigungen wurden in 3 Fällen von den Angehörigen der Verstorbenen und in 2 Fällen von der Ermittlungsbehörde vorgebracht.

In wieweit überhaupt der Tatbestand des § 330 c für den zu einem Kranken gerufenen Bereitschaftsarzt erfüllt ist, wird von verschiedenen Autoren bezweifelt (E. SCHMIDT, BORGMANN). So wird in vielen Fällen der Tatbestand des Unglücksfalles, d.h. einer plötzlichen, unerwarteten erheblichen Einschränkung des Gesundheitszustandes, und außerdem auch die Forderung nach der unmittelbaren räumlichen Beziehung des Arztes zum Unglücksfall als nicht erfüllt angesehen.

Kommt der Arzt der Besuchsanforderung nicht nach, so kommt Strafbarkeit wegen fahrlässiger Tötung (§ 222 StGB) oder fahrlässiger Körperverletzung (§ 230 StGB) nach den Gesichtspunkten des unechten Unterlassungsdelikts in Betracht (E. SCHMIDT).

Die im Fall 7 erfolgte Verweigerung eines erneuten Besuches der Kranken erfolgte, nachdem aufgrund einer Krankenhausuntersuchung der Bereitschaftsarzt annehmen konnte, daß weitere Hilfe

durch einen abermaligen Besuch nicht erforderlich sei, nachdem das erneut aufgetretene Symptom kurz zuvor im Krankenhaus als relativ harmlos diagnostiziert worden war. Zumindest durfte bei dieser Sachlage dringenderen Besuchsanforderungen der Vorzug gegeben werden.

In den meisten Fällen führte das Ergebnis der gerichtlichen Leichenöffnung zur Einstellung der Ermittlungen, da ein Fremdverschulden am Eintritt des Todes nicht festgestellt werden konnte. Unter Fremdverschulden wurde ein auf die Todesursächlichkeit bezogenes aktives Handeln verstanden. So z.B. auch im Fall Sekt.-Nr. 331/63: Nachdem durch die gerichtliche Leichenöffnung und durch die entsprechenden toxikologischen Untersuchungen geklärt worden war, daß der Tod nicht durch das vom Bereitschaftsarzt verordnete Medikament bewirkt worden war, wurden die Ermittlungen eingestellt. Der vom Ehemann der Verstorbenen angeschuldigte Bereitschaftsarzt wurde überhaupt nicht gehört. Der Frage, ob bei unverzüglicher und richtiger Behandlung der tödliche Ausgang hätte abgewandt werden können, wurde in diesem, wie auch in den meisten anderen Fällen nicht nachgegangen. Offensichtlich unter der Annahme, daß bei der Schwere der Erkrankung die für

strafrechtliche Konsequenzen notwendige Bejahung nicht in Betracht kam.

In 2 Fällen wurde die Frage eines eventuellen schuldhaften Handelns seitens der Angehörigen bzw. der Polizei geprüft. Die Handlungen des Bereitschaftsarztes wurden dagegen nicht weiter untersucht. Überhaupt wurde nur in 10 Fällen der Bereitschaftsarzt selbst befragt, der den Patienten vor seinem Tod behandelt hatte. Selbst in Fällen, in denen eine ärztliche Fehlleistung vermutet werden konnte, wurde kein Ermittlungsverfahren gegen die Bereitschaftsärzte eröffnet (Fall 7, Fall 8).

Im Fall Sekt.-Nr. 130/57 findet sich im Obduktionsbericht die Bemerkung: "Es wäre noch zu prüfen, ob nicht der (Bereitschafts) Arzt verpflichtet gewesen wäre, eine Magenausheberung vorzunehmen". Der Patient war ca. 14 Stunden nach einem Selbstmordversuch mit Schlaftabletten an einer Pneumonie verstorben. Die Frage, ob nicht auch ein schuldhaftes Unterlassen den letalen Ausgang unterstützt haben könnte, wurde nur gestreift.

In einem Fall (Nr. 10) wurde auch nach der Obduktion ein medizinischer Sachverständiger zu den Ermittlungen hinzugezogen. Auf dessen Anregung kam es zu einer richterlichen Vernehmung des beschuldigten Bereitschaftsarztes. Da es sich in diesem Fall um einen medizinisch besonders komplizierten Fall gehandelt hatte und es auch zweifelhaft erschien, ob der töd-

liche Ausgang, selbst bei richtiger Diagnosestellung und sofortiger optimaler Behandlung, abzuwenden gewesen wäre, konnten die Ermittlungen gegen den Bereitschaftsarzt eingestellt werden. Es wurde aber festgestellt, daß die ärztliche Sorgfaltspflicht in diesem Fall nicht außer acht gelassen worden war. Bis auf diesen einen Fall wurde nie ernsthaft die Frage eines eventuellen schuldhaften Handelns oder Unterlassens einer Maßnahme durch den Bereitschaftsarzt überprüft. Zur Einstellung der Ermittlungen genügte im allgemeinen die Feststellung einer natürlichen Todesursache.

In der Tat wird sich bei den Besonderheiten der in Frage kommenden strafrechtlichen Bestimmungen nur äußerst selten eine ernsthafte Möglichkeit dafür aufzeigen lassen, daß sich bei anderer Diagnostik und besser Behandlung der tödliche Ausgang hätte vermeiden lassen. Da jedoch die an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit einer Wendung zum Positiven erforderlich wäre, um das Verhalten des Bereitschaftsarztes als strafrechtlich relevant bewerten zu können, und da auch die Frage der Vorhersehbarkeit eine große Rolle spielt, wird man die etwas großzügige Art der Erledigung solcher Ermittlungsverfahren gegen Notfallärzte verständlich finden.

Immerhin sollte in Fällen, wo bei den Untersuchungen ein Zweifel an der ärztlichen Behandlung aufgetreten ist, ein medizinischer Gutachter zur Beurteilung der Frage, ob die ärztliche Behandlung wirklich sorgfältig und gewissenhaft war, hinzugezogen werden.

Trirümer wird es stets geben, es gilt jedoch die vermeidbaren zu erkennen und künftig zu verhindern (DOTZ-AUER).

ZUSAMMENFASSUNG

Die Organisation des Ärztlichen Notfalldienstes wird am Beispiel West-Berlin erläutert; er kommt bei einem großen technischen Aufwand (eigene Telefonzentrale, Funktaxi) mit relativ wenigen Ärzten aus, nämlich einem Arzt auf 183000 Einwohner während eines Notfalldienstes. Aufgrund der strengen Organisation kommt es dabei zu keinen längeren Wartezeiten, auch besteht immer die Möglichkeit, besonders dringliche Fälle, die vom Arzt in der Telefonzentrale erkannt werden können, auf dessen Weisung hin sofort ärztlich zu versorgen.

Monatlich werden etwa 7000 Krankenbesuche vom Ärztlichen Notfalldienst ausgeführt. Allerdings werden zusätzlich zahlreiche Kranke außerhalb der Sprechzeiten von ihren behandelnden Ärzten versorgt.

Bei der 25 ausgewerteten Todesfällen nach Konsultation des Bereitschaftsarztes ließen sich zwei große Gruppen feststellen. Die erste große Gruppe bestand aus Fällen, in denen es aus einem relativen Wohlbefinden heraus zu einer plötzlichen erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen war. Bei den Fällen der zweiten Gruppe bestand schon seit längerer Zeit eine Erkrankung.

Eine geregelte ärztliche Versorgung war nicht vorhanden, in einigen Fällen war eine ärztliche Behandlung bisher ganz abgelehnt worden oder die Kranken hatten eine Krankenhauseinweisung verweigert.

Entsprechend der Auswahl dieser Fälle zeigte es sich, daß die Diagnosen und die Behandlungen durch die Bereitschaftsärzte falsch bzw. ungenügend waren. Dabei ließ es sich nicht feststellen, ob es zum Zeitpunkt der Konsultation des Bereitschaftsarztes und unter den besonderen Bedingungen des Ärztlichen Notfalldienstes überhaupt möglich gewesen wäre, die richtige Diagnose zu stellen bzw. die weitere Entwicklung richtig einzuschätzen und wirkungsvolle Maßnahmen einzuleiten, um den letalen Ausgang zu verhindern.

Bei der Behandlung von Kranken in sozial schlechten Verhältnissen, die nur über ein allgemeines Kranksein klagen, und bei Patienten mit einem Zustand nach Suicidversuch bestand die Gefahr der Unterschätzung der Schwere der Erkrankung. Hinzu kam, daß in diesen Fällen häufig die notwendige ärztliche Weiterbehandlung durch den Hausarzt unterblieb.

Weiterhin zeigte sich die Gefahr der Fehleinschätzung eines Schädel-Hirn-Traumas, wenn voreilig im oft nicht einmal nachgewiesenen Alkoholabusus der

Grund für die Bewußtseinsstörung gesehen wurde.

Eine besondere Gruppe sind plötzliche Erkrankungen bei Kleinkindern. Gerade bei kranken Kindern ist die Beurteilung sehr schwierig, so daß hier eine gesteigerte Sorgfalt bei der Behandlung angebracht ist.

Auffallend häufig war kein Hausarzt bekannt, oder der behandelnde Arzt war schon lange nicht mehr aufgesucht worden, und auch nach der Konsultation des Bereitschaftsarztes war der behandelnde Arzt nicht hinzugezogen worden. Erst die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt sichert die Funktion des Ärztlichen Notfalldienstes hinreichend ab, dessen Behandlung nur einen vorläufigen Charakter hat.

Der Ärztliche Notfalldienst wird häufiger von Personen aus einfachen sozialen Verhältnissen in Anspruch genommen. Auch bei den ausgewerteten 25 Fällen handelte es sich fast ausschließlich um Menschen aus einfachen sozialen Schichten.

Hier scheint m. E. eine geringere Verantwortung zur eigenen Gesundheit oder der der Angehörigen zu bestehen. Es fehlt die rechtzeitige und die kontinuierliche ärztliche Behandlung, wodurch das Eintreten eines medizinischen Notfalls begünstigt wird.

A N H A N G

Vorschlag für eine Berufsordnung für Deutsche Ärzte,
wie er vom 59. Deutschen Ärztetag beschlossen wurde:

§ 19 Der niedergelassene Arzt ist verpflichtet,
am jeweiligen Notfallvertretungsdienst
teilzunehmen, sofern nicht wichtige Gründe
der Beteiligung entgegenstehen. Über Ausnah-
men entscheidet die Ärztekammer. Übernommene
Kranke sind nach Beendigung der Notfallver-
tretung zurück zu überweisen.

Facharztordnung der Ärztekammer Berlin, die am
23. Oktober 1964 in Kraft getreten ist:

§ 9 Pflichten der Fachärzte:
(1) Der als Facharzt niedergelassene ist in
der Regel von der Ausübung einer allgemeinen
ärztlichen oder allgemeinen vertrauensärzt-
lichen Tätigkeit ausgeschlossen. Ehrenamtli-
che und Tätigkeit in Notfällen sind hiervon
ausgenommen.

§ 368 e RVO

Der Versicherte hat Anspruch auf die ärzt-
liche Versorgung, die zur Heilung oder Lin-
derung nach den Regeln der ärztlichen Kunst
zweckmäßig und ausreichend ist (182 Abs. 2).
Leistungen, die für die Erzielung des Heil-
erfolges nicht notwendig oder unwirtschaft-
lich sind, kann der Versicherte nicht bean-
spruchen, der Kassenarzt und der beteiligte
Arzt dürfen sie nicht bewirken oder verordnen;
die Kasse darf sie nachträglich nicht bewil-
ligen.

§ 368 g RVO

Die Kassenärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen und ihren Verbänden so zu regeln, daß eine gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken gewährleistet ist, und daß die ärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen angemessen vergütet werden.

§ 330 c StGB

Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

Aufstellung der 25 ausgewerteten Fälle, in denen es nach Konsultation des Bereitschaftsarztes zum Tod kam.

GRUPPE I Coronarinsuffizienz

Sekt.Nr.	Anamnese	Alter	Obduktions- befund
183/65 <u>FALL 1</u>	Hypertonus, Arteriosklerose, Magenteilresektion wegen Ulcera, jetzt Magenbeschwerden.	66 J.	allg. Angiosklerose Coronarsklerose u. -Thrombose, Myocardruptur, Herzbeutel-tamponade
39/65	Lumbago, Magenbeschwerden, Hypertonus, Ulcus duodeni, Schmerzen im Oberbauch	31 J.	Coronarsklerose, Herzhypertrophie, Leberstaunung
608/64 <u>FALL 2</u>	Leibschmerzen	28 J.	Coronarsklerose Coronarthrombose.
331/63	leichte Herzmuskelschwäche, geringe Osteoporose	64 J.	Coronarsklerose
531/62	Schmerzen i.d. Brust, Bauch u. Rücken, Übelkeit	61 J.	geringe Coronarsklerose, frischer Coronarthrombus, Myocardruptur, Herzbeuteltamponade
246/61 <u>FALL 3</u>	Hypertonus, Gastritis, Gallenbeschwerden, Leibschmerzen	67 J.	Coronarsklerose, Myocardruptur, Herzbeuteltamponade Pankreastumor, Pankreasabcesse

GRUPPE II Pneumonien

Sekt.Nr.	Anamnese	Alter	Obduktionsbefund
130/57	Schlafmittel- vergiftung	47 J.	herdförmige Pneumonie
272/57 <u>FALL 4</u>	Schlafmittel- vergiftung, Erbrechen	39 J.	herdförmige Pneumonie
83/61 <u>FALL 6</u>	längerer Al- koholabusus, Euphorie	48 J.	Bronchopneumonie
524/62 <u>FALL 5</u>	Seit 4 Wochen krank, ver- wahrlost, Krankenhaus- weisung abge- lehnt.	64 J.	Bronchopneumonie, hypertrophe Fett- leber
585/64	gestürzt, be- handelt wegen Hüftprellung	79 J.	Oberschenkelfrak- tur, Thrombose bei- der Beckenvenen und vena cava inf. Bronchopneumonie
418/65	Diabetes mell. Gelenkrheuma- tism., bettläge- rig, verwahrlost ärztliche Be- handlung ab- gelehnt.	67 J.	Bronchopneumonie Diabetes mellitus

GRUPPE III Lungenembolien

Sekt.Nr.	Anamnese	Alter	Obduktionsbefund
267/57 <u>FALL 7</u>	Pneumonie, Bein- thrombose, Kreislaufschwäche, Krankenhausbehand- lung abgelehnt.	72 J.	massive Lungenembo- lie, Thrombose der vena femoralis.
48/58	Rippenfellentzündung, verwahrlost, jede ärztliche Be- handlung abgelehnt	55 J.	schubweise Embolien in beiden Lungen mit ausgedehnten Infarkten, Pleuri- tis re.

GRUPPE IV akute cerebrale Schäden

242/60	Mit Erbrochenem be- schmutzt aufgefun- den, zur Ausnüch- terung zum Polizei- revier.	31 J.	Hirnblutung auf dem Boden einer Geschwulst
555/64 <u>FALL 8</u>	Von d. Straßenbahn gestürzt - ins Krankenhaus. Zur Ausnüchterung zum Polizei-Revier. Bei der Entlassung vom Bereitschaftsarzt untersucht: o.B. Zu Hause schnelle Ver- schlechterung - ins Krankenhaus	51 J.	Schädel-Hirn-Trauma tiefgreifende Rindenprellung, Subduralblutung

GRUPPE V Erkrankungen des Abdomens

100/60 <u>FALL 9</u>	allgemeine Schmerzen	63 J.	eitrige Peritonitis nach Durchbruch eines Nierenbecken- empyems.
20/62	Magenschmerzen Tbc, Gastritis	38 J.	Lungen-Tbc, Enteritis mit Herz- versagen

GRUPPE VI Kleinkinder

Sekt.Nr.	Anamnese	Alter	Obduktionsbefund
316/57	gezahnt, seit einigen Tagen unruhig, wollte nicht berührt werden, Fieber	7 Mon.	Meningitis
50/64	Leberzellschädigung bei Blutgruppenunverträglichkeit, Fieber.	1 J.	Ikterus, letzte Todesursache nicht geklärt.
197/61	Fieber, Brechdurchfall, später Krämpfe	9 Mon.	Bronchiolitis
338/61 <u>FALL 11</u>	vor 2 Monaten Appendektomie, seitdem gekränkelt, jetzt Leibschmerzen.	3 J.	Stranileus
450/64	Fieber, Inappetenz, Erbrechen, Atemnot.	16 Mon.	serös-eitrige Pleuritis nach größerem Retropharyngealabsceß

Nicht eingegliederte Fälle:

43/63	Atemnot, Herzkrank	49 J.	E 605-Vergiftung
295/64	allgemeine Schwäche, Benommenheit	36 J.	coma diabeticum

LITERATUR-VERZEICHNIS

1. AHNEFELD, F.W.,
R. FREY und
M. HALMAGYI : Reanimation
Das medizinische Prisma 5 (1969), 15
2. BORGMANN, F.: Ärztliche Forschung, Jahrgang I, 68
zit. nach E. SCHMIDT
3. BÜRGER, M.: Klinische Fehldiagnosen
Georg Thieme Verlag,
Stuttgart 1953, 467
4. DOTZAUER, G.: Fehldiagnose Trunkenheit
Herausgegeben von G. DOTZAUER und
J. Hirschmann, F.K. Schattauer-
Verlag, Stuttgart - New York 1968, 3
5. HEGGLIN, R.: Handbuch der Inneren Medizin, 4.Aufl.
Bd. 4, Teil 2, Spezieller Teil 1
Springer-Verlag, Berlin-Göttingen-
Heidelberg 1960, 1268
6. HEGGLIN, R.: Differentialdiagnose Innerer Krank-
heiten
10. Aufl., Georg-Thieme Verlag,
Stuttgart 1966, 395
7. HESS, A.: Deutsches Ärzteblatt 35 (1965),
1855 - 1857
8. -- Deutsches Ärzteblatt 46 (1965), 2561
9. -- Deutsches Ärzteblatt 37 (1966), 2157

10. KEILBACH, H.: Über die tödliche akute Alkohol-
vergiftung bei chronischen Organ-
schäden.
Med. Diss. Freie Universität
Berlin 1966
11. KOHLHAAS, M.: Deutsche Medizinische Wochen-
schrift 7 (1967), 320
12. KUHNS, R.: Das gesamte Recht der Heilberufe.
Hassenstein'sche Verlagsbuchhand-
lung Berlin 1958
13. MAYER, K.: Differentialdiagnose - Alkohol-
rausch und posttraumatische Be-
wußtseinsstörung -.
Die Medizinische Welt 38 (1967),
2213 - 2219
14. PIPPIG, L.: Diskussion während der 9. Bayeri-
schen Internistentagung, zit. aus
Euromed 24 (1969), 1582 - 1583
15. REINDELL, H.,
KLEPZIG, H.: Krankheiten des Herzens und der
Gefäße in L. HEILMEYER: Lehrbuch
der Inneren Medizin, 2. Aufl.
Springer-Verlag, Berlin-Göttingen-
Heidelberg 1961, 552
16. SCHELLONG, F.: im Lehrbuch der Inneren Medizin,
herausgegeben von H. DENNIG,
Bd. 2, Georg Thieme Verlag,
Stuttgart 1950, 111

17. SCHETTLER, G.: Arteriosklerose
Georg Thieme Verlag, Stuttgart
1961, 310

18. SCHIMERT, G.,
SCHIMMLER, W.,
SCHWALB, H. und
EBERL, J.: Handbuch der Inneren Medizin,
4. Aufl., Bd. 9, Teil 3
Springer-Verlag, Berlin-Göttingen-
Heidelberg 1960, 732

19. SCHINDLBECK, R.: Diskussion während der 9. Baye-
rischen Internistentagung, zit.
aus Euromed 24 (1969), 1582-1583

20. SCHLEYER, F.: Schädel-Hirn-Trauma durch stumpfe
Gewalt und Differentialdiagnose
der Trunkenheit.
Materia Medica Nordmark,
Juni 1966, 321 - 332

21. -- Fehldiagnose "Alkoholrausch" bei
Hirntrauma. In Fehldiagnose
Trunkenheit,
herausgegeben von G. DOTZAUER und
J. HIRSCHMANN, F.K. Schattauer-
Verlag, Stuttgart-New York 1968, 76

22. SCHMELCHER, R.: Deutsche Medizinische Wochenschrift
2 (1965), 95

23. SCHMIDT, E.: Die Besuchspflicht des Arztes unter strafrechtlichen Gesichtspunkten.

Otto Meissners Verlag, Schloß Bleckede a.d. Elbe 1949

24. WEISSAUER, W.,

POLLINGER, F.: Ist eine Regelung der ärztlichen Berufspflichten durch Berufsordnung der Ärztekammer mit Artikel 12, Abs. 1 GG vereinbar?

Herausgeber: Stiftung zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung über Wissen und Bedeutung der freien Berufe, Köln.

Deutscher Ärzte Verlag, Berlin.

Herrn Professor Dr.med.F. Bschor möchte ich für das Überlassen des Themas und die zahlreichen Anregungen, die ich von ihm zu dieser Arbeit bekam, sehr herzlich danken.

Herrn Professor Dr. med. W. Krauland danke ich für die Erlaubnis zur Benutzung von Einrichtungen und Protokollen des Instituts für gerichtliche und soziale Medizin der Freien Universität Berlin.

Weiterhin möchte ich mich bei Herrn Dr. med. Bleisch und Herrn Assessor Krapf von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin bedanken, die mir durch ihre Informationen und die Einsichtnahme in die den Ärztlichen Notfalldienst betreffenden Unterlagen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin sehr geholfen haben.

Dem Herrn Generalstaatsanwalt des Landgerichts Berlin danke ich für die Möglichkeit der Einsichtnahme in die entsprechenden Ermittlungsakten.

LEBENS LAUF

Am 24. Juni 1938 wurde ich als Sohn des Ministerialrats Hans-Hellmut Tiller und seiner Ehefrau Eva, geborene Pechbrenner, in Berlin geboren.

Die Volksschule besuchte ich von 1944 bis 1948 in Berlin und in Hattorf/Harz. Von 1948 bis 1951 ging ich in das Corvinus-Gymnasium in Northeim/Hannover, danach besuchte ich das Städtische Gymnasium in Koblenz, wo ich am 25. Februar 1959 das Abitur ablegte.

Im Sommersemester 1959 und im Wintersemester 1959/60 studierte ich an den Universitäten in Bonn und Freiburg Rechtswissenschaften. Danach wechselte ich das Studienfach und studierte vom Sommersemester 1960 bis zum Wintersemester 1965/66 Medizin an den Universitäten in Freiburg und Berlin. Durch wiederholte Erkrankungen verlor ich zwei Jahre in der Schule und ein Studiensemester. 1967 wurde ich aus diesem Grund von der Bundeswehr ausgemustert.

Das Vorphysikum legte ich im Oktober 1961, das Physikum im April 1963 in Freiburg ab. Im Dezember 1966 bestand ich das medizinische Staatsexamen in Berlin.

Nach zweijähriger Medizinalassistentenzeit erhielt ich im Februar 1969 die Bestallung als Arzt. Seit Februar 1969 arbeite ich als Arzt an der inneren Abteilung des Roten-Kreuz-Krankenhauses in Bremen.

